

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 66

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean LASCOMBE

Interne des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT

DU

BEC-DE-LIÈVRE BILATÉRAL COMPLEXE

(GUEULE-DE-LOUP)

Président : Mr PIERRE DELBET, Professeur

PARIS

J. ROBILLON, ÉDITEUR

17, RUE DU TERRAGE

1922

66

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean LASCOMBE

Interne des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT

DU

BEC-DE-LIÈVRE BILATÉRAL COMPLEXE

(GUEULE-DE-LOUP)



President : Mr PIERRE DELBET, Professeur

PARIS

J. ROBILLON, ÉDITEUR

17, RUE DU TERRAGE

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	<i>Le Doyen</i>	M. ROGER.
Anatomie		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNÉO.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....		DESGREZ.
Bactériologie.....		BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale		RENON.
Pathologie chirurgicale		LECÈNE.
Anatomie pathologique.....		LETULLE.
Histologie		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique.....		CARNOT.
Hygiène.....		BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER.
Clinique médicale.....	}	ACHARD.
		WIDAL.
		GILBERT.
		CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JAENSELME.
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	}	DELBET.
		LEJARS.
		HARTMANN.
Clinique ophtalmologique		GOSSET.
Clinique des maladies des voies urinaires		DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements	}	LEGUEU.
		BAR.
		COUVELAIRE.
Clinique gynécologique		BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile		J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique.....		BROCA (Auguste)
Clinique oto-rhino-laryngologique		VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale		SÉBILEAU.
Clinique propédeutique		DUVAL.
		SERGENT.

AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUÉNIOT	LÉRI	ROUVIÈRE
CAMUS	GUILLAIN	LÉVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRÉ	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

En témoignage de mon affection et de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage de mon respectueux attachement.

A MES DEUX MAÎTRES EN CHIRURGIE INFANTILE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBRÉDANNE

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

Officier de la Légion d'honneur

*dont j'ai eu l'honneur d'être succes-
sivement l'externe puis l'interne ;
en témoignage de ma profonde
admiration*

MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Assistés

Officier de la Légion d'honneur

*qui fut toujours pour moi le meilleur
et le plus affectueux des maîtres. Qu'il
me permette de lui exprimer ici toute
ma reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR F. RAMOND (1909).

EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY (1910-11).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBRÉDANNE (1911-12).

INTERNAT PROVISOIRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WURTZ (1912-13) *in memoriam*.

M. LE DOCTEUR TRIBOULET (1912-13) *in memoriam*.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHEVASSU (1912-13).

INTERNAT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ (1913-14).

M. LE DOCTEUR CHEVRIER (1913-14).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OMBRÉDANNE (1914).

M. LE DOCTEUR VEAU.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST (1919-20).

M. LE PROFESSEUR LEJARS (1920-21).

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET (1921-22).

A MES AUTRES MAITRES

M. LE PROFESSEUR ACHARD.

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS DEBRÈ, GRÉGOIRE,
LARDENNOIS, MOCQUOT, TUFFIER.

MM. LES DOCTEURS BOULLOCHE, GUINON, SAVARIAUD.

INTRODUCTION

Le bec-de-lièvre bilatéral complexe est essentiellement constitué par :

1^e Une double fissure labiale intéressant toute la hauteur de la lèvre supérieure depuis son bord inférieur jusque et y compris le seuil narinaire. La lèvre supérieure se trouve ainsi divisée en trois segments : deux segments latéraux donnant insertion chacun à l'aile du nez correspondant, un segment médian, tubercule cutané médian appendu par une ébauche de sous-cloison à la pointe du nez.

2^e Une double fissure osseuse intéressant le bord alvéolaire. Ces deux fissures convergent en arrière vers le trou palatin antérieur et se continuent avec une large fente palatine. Le segment médian du rebord alvéolaire forme l'os intermaxillaire. Il affecte chez le nouveau-né une forme vaguement lobulée, composé de deux lobes semi-sphériques réunis sur la ligne médiane. Il est relié à l'extrémité antérieure du vomer par une portion rétrécie que nous appellerons le col de l'intermaxillaire.

Il est un premier fait sur lequel nous voulons attirer l'attention. Lorsqu'on examine à la naissance les sujets atteints de bec-de-lièvre bilatéral complexe on est frappé par l'uniformité des lésions.

L'os intermaxillaire est, à cette période, généralement bien développé, il fait toujours saillie en avant du rebord alvéolaire, mais cette saillie n'est jamais considérable. Il n'est pas rigoureusement vertical mais présente une inclinaison

latérale tantôt à droite tantôt à gauche ; en outre, il présente une sorte de rotation sur son axe qui fait que sa face antérieure regarde légèrement du côté opposé à l'inclinaison.

La portion cutanée du tubercule médian est, elle aussi, bien étoffée, la sous-cloison nasale très nette, les ailes du nez sont bien saillantes, légèrement étalées.

En résumé, il ne paraît pas y avoir à la naissance un manque de tissu important et les différents éléments qui devaient former la lèvre et le nez ont leur proportion presque normale.

Cette uniformité des lésions chez le nouveau-né va être complètement bouleversée au cours de la première année. Chez quelques sujets le tubercule médian garde son volume relatif et la difformité reste la même dans son ensemble. Dans la plupart des cas on voit survenir une atrophie considérable du tubercule cutané et de l'os intermaxillaire. En outre, cet os se laisse repousser de plus en plus en avant par le développement du vomer ; les lèvres latérales s'écartent entraînant les ailes du nez. Le tubercule médian devient de plus en plus saillant. Il est bientôt réduit à un petit noyau osseux appendu à la pointe du nez recouvert par un lambeau de peau où ne se dessine plus la sous-cloison.

Ces modifications se font progressivement en quelques mois, parfois très vite en quelques semaines et pour s'en rendre compte, il suffit de regarder attentivement les planches I et II qui représentent la photographie du même bec-de-lièvre prise à la naissance et à un an.

Cette notion nous paraît capitale au point de vue opératoire : toute la facilité du traitement étant conditionnée par la précocité de l'intervention sur l'os intermaxillaire.



Bec-de-lièvre bitatéral total à la naissance



Le même bec-de-lièvre à un an. La difformité faciale s'est accentuée.
Le tubercule médian est devenu plus proéminent et s'est atrophié.
Les ailes du nez et les lèvres latérales se sont écartées en dehors.
La sous-cloison cutanée a disparu.

Le chirurgien en présence d'un bec-de-lièvre bilatéral complexe se trouve placé devant un problème autoplastique difficile. Son rôle n'est pas seulement de suturer la lèvre, mais de lui donner ainsi qu'au nez un galbe sinon élégant du moins aussi normal que possible.

Nous voulons surtout dans ce travail étudier les résultats éloignés que fournissent les différentes techniques.

Notre étude est basée sur vingt-quatre observations que notre maître le Dr Veau a bien voulu mettre à notre disposition. La plupart de ces sujets ont été opérés soit par M. Jalaguier soit par M. Veau, les autres sont des résultats éloignés d'interventions faites par d'autres chirurgiens. Ces observations sont magnifiquement illustrées par de nombreuses photographies de face et de profil qui permettent de suivre pas à pas le résultat de chaque intervention. Nous regrettons de ne pouvoir en publier ici un grand nombre car leur étude attentive est d'un intérêt captivant et met bien en valeur les défauts et les qualités de chaque technique.

Nous avons recherché ensuite dans la littérature médicale les observations publiées antérieurement par les chirurgiens. Malheureusement la plupart ne publient aucune photographie et ceux qui en donnent ne fournissent que des photographies de face ce qui est parfaitement insuffisant pour se rendre compte de l'état du nez et de la lèvre supérieure.

Il est indispensable, en effet, pour ceux qui veulent publier des documents sur cette question de produire des photographies de face et de profil suffisamment grandes pour que l'on se rende compte des détails. Il ne faut jamais se contenter de photographies petites et surtout de dessins au trait qui ne signifient absolument rien.



Résultat obtenu après résection totale du tubercule médian. Dans ce cas l'étalement des ailes du nez a été corrigée secondairement. La moitié postérieure de la sous-cloison montre une perte de substance profonde.



Le même sujet vu de profil. Remarquez : la saillie du nez, la rétraction de la sous-cloison, l'aplatissement général de la lèvre supérieure.

Le traitement chirurgical ayant pour but de faire disparaître la saillie de l'os intermaxillaire et de refaire une lèvre supérieure, nous étudierons dans un premier chapitre les diverses opérations qui ont été faites pour remettre en place l'intermaxillaire et les résultats qu'elles fournissent.

Dans le deuxième chapitre, nous passerons en revue toutes les techniques qui ont été proposées pour la réfection de la lèvre et les résultats que l'on obtient.

Le troisième chapitre sera consacré à la description de la technique à laquelle nous avons abouti; le dernier chapitre à la correction des imperfections consécutives aux techniques classiques.

CHAPITRE PREMIER

Interventions sur l'os intermaxillaire

La suture de la lèvre n'est possible que si l'on fait disparaître la saillie que fait l'os intermaxillaire. Certes dans quelques cas où cet os est peu saillant on pourrait à la rigueur faire la suture de la lèvre dès la naissance. Mais le nourrisson a des mouvements incessants de la face, de plus la tension de la lèvre serait telle que le résultat opératoire serait bien compromis.

Julius Wolff s'est fait le défenseur de ce procédé. Il suture d'abord une des fentes labiales puis six à sept semaines après il suture l'autre. Cette opinion de Wolff qui a une si grande compétence sur le bec-de-lièvre nous montre le rôle que doit jouer la compression sur l'évolution ultérieure du bec-de-lièvre traité. Après la première suture labiale on verrait d'après cet auteur l'os intermaxillaire se placer peu à peu obliquement et tendre sous l'action de la lèvre refaite à porter son bord correspondant en arrière et en dehors. Après la deuxième suture l'intermaxillaire perd la courbure qu'il avait pris après la première intervention et tend à se placer dans l'espace intermaxillaire. En même temps la sous-cloison cutanée devient nette.

Sans aller aussi loin que Wolff qui ne veut pas agir sur l'os, nous retiendrons simplement l'importance de l'action des muscles sur la situation de l'os intermaxillaire et ce

fait qu'il ne faut pas demander au résultat d'être d'emblée définitif après l'intervention.

Deux moyens sont à notre disposition pour faire disparaître la saillie de l'os intermaxillaire :

le reséquer ;

le refouler en arrière.

I. — EXTIRPATION COMPLETE.

Ce procédé mis en honneur par Franco, a encore aujourd'hui ses défenseurs.

Duplay est, d'une façon générale peu partisan d'utiliser l'intermaxillaire. Pour lui cet os est plus gênant qu'utile.

Gross est même plus affirmatif : même refoulé et suturé, cet os est un obstacle sérieux à la bonne réunion des lèvres.

Tillaux, Hoffa faisaient l'extirpation totale chez les enfants âgés et lorsque le tubercule était très saillant.

Le Dentu est d'avis de sacrifier l'intermaxillaire s'il ne se soude pas aux maxillaires.

La suppression du tubercule médian que nous trouvons employée dans quatre de nos observations a de graves conséquences esthétiques et surtout dentaires :

1° **Les conséquences osseuses et dentaires** sont telles qu'à elles seules elles doivent faire abandonner cette méthode. M. Ruppe dont la compétence est si grande en matière de prothèse dentaire a bien voulu examiner nos malades. D'après lui :

a) Les deux maxillaires supérieurs n'étant plus séparés

par l'os intermaxillaire, tendent à se rapprocher l'un de l'autre en avant pour obturer l'espace intermaxillaire. Le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure prend la forme d'un angle à sommet antérieur, sommet qui supporte les canines.

b) L'*articulé* est particulièrement défectueux : en effet, seuls les grosses molaires entrent en contact. Toutes les autres dents ne s'articulent plus.

Au point de vue orthodontique la correction de cette déformation du rebord alvéolaire est très délicate. Il faudrait arriver à reporter les dents en dehors puis en arrière, écarter les canines pour pouvoir interposer entre elles un appareil portant des incisives. On est presque toujours obligé d'avoir recours à un appareil de prothèse complet.

2^o **Les conséquences esthétiques** de cette technique apparaissent clairement par l'étude de nos observations.

Dans l'*observation XXIII* il y a eu résection complète de l'intermaxillaire et du tubercule cutané en conservant seulement la sous-cloison ; la lèvre a été refaite par une technique analogue à celle de Berger sans s'occuper de refaire une sous-cloison complète.

Examinons le résultat obtenu (planches III et IV). Le nez est très proéminent mais il n'est pas étalé, l'étalement des ailes du nez a été corrigé par la technique employé pour la réfection de la lèvre.

La sous-cloison qui normalement apparaît très inférieure au bord supérieur de l'orifice narinaire est ici entièrement caché par lui, nous dirons qu'il y a rétraction de la sous-cloison. En outre on remarque que la moitié antérieure de cette sous-cloison est recouverte de peau. C'est celle que l'on avait gardé au cours de l'intervention. La moitié posté-

rière montre une perte de substance profonde d'un demi-centimètre où l'on aperçoit le bord inférieur du vomer recouvert par une muqueuse lisse dont l'aspect contraste avec celui de la peau.

La lèvre est aplatie mais non bridée ; cet aplatissement est surtout marqué dans la portion supérieure de la lèvre.

Dans l'*observation XXI* il y a eu résection de l'intermaxillaire et du tubercule cutané. On a gardé simplement la sous-cloison cutanée et un petit moignon d'intermaxillaire. Le lèvre semble avoir été faite par simple avivement sur la ligne médiane. Le nez est proéminent avec pointe arrondie mais non aplatie. Les ailes du nez sont légèrement étalées. La sous-cloison est normalement dirigée dans sa moitié antérieure où elle est recouverte de peau mais sa moitié postérieure manque complètement, il existe une perte de substance entre la lèvre et la sous-cloison.

La lèvre plate et bridée est dans son ensemble reportée en arrière et en haut.

Dans l'*observation IX* il persistait après l'extirpation une sous-cloison cutanée et un moignon d'intermaxillaire. Ils se trouvaient appendus verticalement à la pointe du nez. La réfection de la lèvre a été faite suivant la technique de Bœckel, donc en refaisant une sous-cloison complète.

Le nez n'est pas exagérément saillant par suite d'un aplatissement considérable de la pointe du nez. Les ailes du nez sont très étalées.

La sous-cloison n'est pas rétractée, cela est dû au moignon d'intermaxillaire qui persistait. Ce moignon qui était vertical est redevenu horizontal grâce à la traction de la lèvre, mais

ce déplacement n'a été possible qu'en entraînant l'aplatissement de la pointe du nez.

La lèvre est aplatie mais non bridée dans sa partie supérieure.

Dans l'*observation X* l'os intermaxillaire avait été reséqué mais en gardant le tubercule cutané médian qui servit à refaire la lèvre.

Le nez présente une saillie normale.

Les ailes du nez sont très étalées, ce qui a été corrigé par une autre intervention. La sous-cloison est rétractée.

La lèvre est aplatie à sa partie supérieure.

En résumé la résection de l'os intermaxillaire entraîne :

a) un aplatissement général de la lèvre supérieure qui semble subluxée en arrière et en haut. Cet aplatissement est la conséquence des modifications du rebord alvéolaire qui devient moins saillant que celui du maxillaire inférieur.

b) une rétraction de la sous-cloison. Elle n'existe que lorsqu'on a enlevé tout l'intermaxillaire y compris son col ;

c) une saillie exagérée du nez, apparence qui n'est que la conséquence que l'aplatissement de la partie supérieure de la lèvre ;

d) un étalement des ailes du nez.

e) une augmentation des dimensions de l'orifice narinaire. Cette augmentation porte normalement sur le diamètre transversal. Elle est transformée en augmentation du diamètre antero postérieur après correction de l'étalement.

La présence de l'os intermaxillaire est ainsi absolument nécessaire :

- pour la bonne situation du rebord alvéolaire ;
- pour l'articulation des dents ;
- pour le développement normal de la face.

Résection sous-périostée de l'intermaxillaire. — A côté de cette extirpation totale il faut placer la *résection sous-périostée de l'intermaxillaire* qui a été proposée par Alphonse Guérin, Delore, Piéchaud. Le seul cas que nous avons pu retrouver est celui que Piéchaud a présenté en 1895. Cet auteur avait fait une incision verticale sur chaque face latérale de l'os intermaxillaire, puis décollé entièrement le périoste et extirpé le noyau osseux. Se portant alors sur les bords externes des deux fentes il avait fait sur chacun une incision verticale identique et décollé muqueuse et périoste. Il avait pu ainsi après suture des lèvres correspondantes constituer un pont muquo-périosté entre les deux maxillaires supérieurs.

Au moment de la présentation un nouvel os ne s'était pas encore reformé, mais deux ans après on constata que le rebord alvéolaire était entièrement ossifié.

Ce procédé ne paraît possible que lorsque la saillie de l'os intermaxillaire est très peu marqué. En outre, pour pouvoir juger de sa valeur il faudrait savoir si la réfection du bord alvéolaire est la conséquence d'une néoformation osseuse ou bien du rapprochement des maxillaires supérieurs, différence essentielle au point de vue dentaire. D'ailleurs, il semble que son auteur même n'en a pas tiré grande satisfaction puisque l'année suivante il proposait la résection du pédicule de l'os intermaxillaire.

II. REFOULEMENT DE L'OS INTERMAXILLAIRE

C'est à cette méthode que finalement la presque totalité des chirurgiens se sont ralliés. Mais la technique employée pour ce refolement peut être très différente.

Desault utilisait la compression lente d'un bandage élastique dont les deux bouts venaient se joindre sur l'occiput. C'est là un principe qui ne mérite pas d'être trop âprement critiqué. Certes l'application qu'en avait fait *Desault* est irréalisable dans ce cas particulier : il appuie, en effet, sur un tubercule très solidement maintenu par un arc-boutant perpendiculaire. Cet arc-boutant c'est le vomer, il est très résistant nous le savons trop par les interventions que l'on fait sur la cloison. Pour que la pression puisse être efficace il faudrait qu'il y ait eu section osseuse et nous verrons plus loin l'importance que prendra alors la compression lente pour remettre en place l'intermaxillaire.

Gensoul, en 1830, préconisa le refolement forcé; mais il employait une technique brutale qui entraînait souvent des accidents graves : fracture propagée à la base du crâne, hémorragies mortelles.

Phocas et Broca, en 1892, emploient le refolement forcé mais en le pratiquant avec beaucoup de douceur et par poussées successives. Ils se servent du pouce comme d'un marteau et produisent par pressions multiples, assez fortes, une série de fractures sous-périostées qui assouplissent le cartilage et leur permettent de lui donner la forme voulue.

La plupart des chirurgiens préfèrent malgré tout avoir recours à une intervention sanglante.

Trois procédés peuvent être employés :

- a) Résection cunéiforme du Vomer.;
- b) Résection du pédicule de l'intermaxillaire ;
- c) Section simple du col de l'intermaxillaire.

Λ. **Résection cunéiforme du vomer.** — *Blandin* pratiquait cette résection en enlevant à la fois muqueuse, périoste et os. Mais cette technique exposait le sujet, par la section de l'artère naso-palatine, à des hémorragies souvent mortelles.

Mirault pour éviter l'artère proposa de faire la résection sous-périostée. C'est cette technique qui est toujours suivie à l'heure actuelle.

On incise la muqueuse nasale sur le bord inférieur du vomer, l'incision faite soit au thermocautère soit au bistouri commence au niveau du col de l'intermaxillaire et s'étend en arrière sur une étendue de quatre centimètres. Avec une rugine on détache soigneusement muqueuse et périoste sur les deux faces de la cloison. Ce décollement doit se faire largement en avant, en arrière et surtout doit s'étendre très loin en haut.

Ceci fait avec une pince coupante on sectionne verticalement le vomer dans toute sa hauteur. Cette section se fait un peu en arrière de l'intermaxillaire. La deuxième section oblique en avant et en haut commence à un, un et demi, deux centimètres en arrière de la précédente (suivant la saillie de l'intermaxillaire) et vient la rejoindre à sa partie supérieure. On a ainsi réséqué du vomer une portion triangulaire à sommet supérieur, à base inférieure. « La pointe de

la section en V que nous pratiquons doit s'avancer très haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison du nez et atteindra jusqu'au dos de cette partie, de manière à parfaitement assurer la mobilité de la saillie osseuse et son entier refoulement en arrière. . . (Blandin, journal de Malgaigne, 1843 janvier).

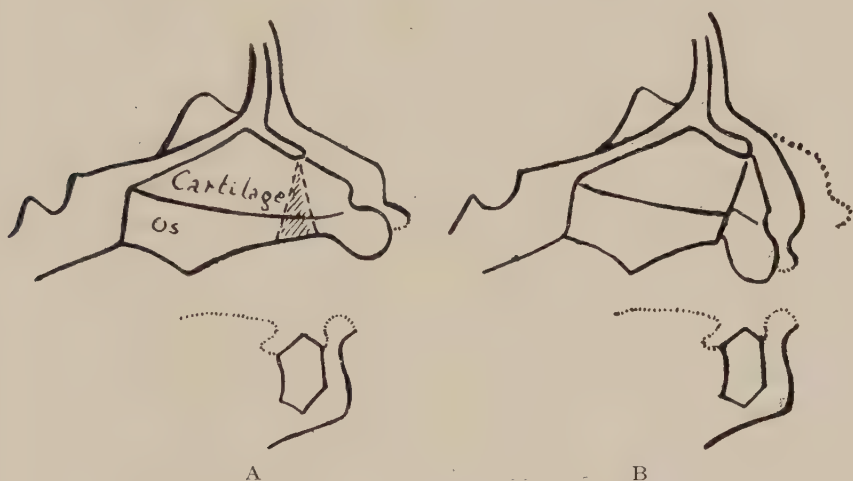


Fig. 1. — Résection cuneiforme du Vomer (Blandin-Mirault).
En A, la portion hachurée indique la zone à réséquer.
En B après la résection. Notez que le refoulement se fait grâce à un mouvement en masse d'avant en arrière comme un tiroir que l'on ferme. En pointillé, la place qu'occupait auparavant le bord antérieur et la pointe du nez.

Bouisson (de Montpellier) préférerait la simple section verticale du vomer. Le tubercule médian présentant presque toujours une inclinaison latérale, c'est du côté opposé à cette déviation que l'on fait glisser le fragment antérieur du vomer sur le postérieur.

B. Résection de tout le pédicule de l'intermaxillaire. ---
Les auteurs désignent sous ce nom la portion de la cloison

qui est adjacente à l'intermaxillaire et qui comprend ainsi à la fois du cartilage et du vomer.

Voici la technique de *Pièchaud* telle qu'elle est décrite par Gourdon dans sa thèse.

« Il pratique sur un des côtés du tubercule toujours en premier lieu sur celui opposé à la déviation une incision partant un peu au-dessus de l'angle inférieur du tubercule et remontant vers le milieu de la cloison vomerienne. Puis au moyen d'un détache-tendon, il détache avec soin la muqueuse et le périoste d'abord en haut puis en bas de chaque côté de la ligne d'incision. On a ainsi écarté les deux lèvres de la plaie qui présente l'aspect d'une boutonnière. C'est par cette ouverture que passera l'instrument qui lui sert à réséquer la cloison après avoir fait ériger fortement la lèvre inférieure de l'incision. M. *Pièchaud* pratique la résection à peu près à l'union du pédicule incisif et de la cloison vomérienne ; il peut grâce à sa pince spéciale enlever avec facilité et par morcellement la quantité d'os nécessaire sans avoir à craindre, dans les cas où l'ossification est un peu avancé, d'hémorragie ni de fracture de la cloison comme il peut s'en produire lorsqu'on opère avec des ciseaux..

...Quand la brèche est jugée suffisante il suffit d'une pression légère sur l'os incisif et son lobule cutané pour refouler tout en arrière et l'on constate que le sacrifice osseux permettra l'enclavement de l'incisif entre les maxillaires supérieurs... On fait sur le côté opposé une incision ayant même direction que la première... Sur les deux bords verticaux du maxillaire supérieur faisant face à la fissure médiane, il fait une incision à peu près verticale, puis il détache la mu-

queuse et le périoste en dehors et en dedans de chaque incision du maxillaire. Replaçant alors le tubercule dans la fissure, il amène en présence les incisions pratiquées sur le maxillaire et le lobule incisif et suture ensemble d'abord les deux lèvres postérieures de chaque côté, puis les deux lèvres antérieures. Il crée ainsi un véritable pont résistant de muqueuse et de périoste entre le maxillaire et l'os incisif. On voit l'avantage sérieux qu'on peut retirer de cette pratique tant au point de vue de la mise en place du tubercule que pour son ossification future et sa consolidation... » (Gourdon).

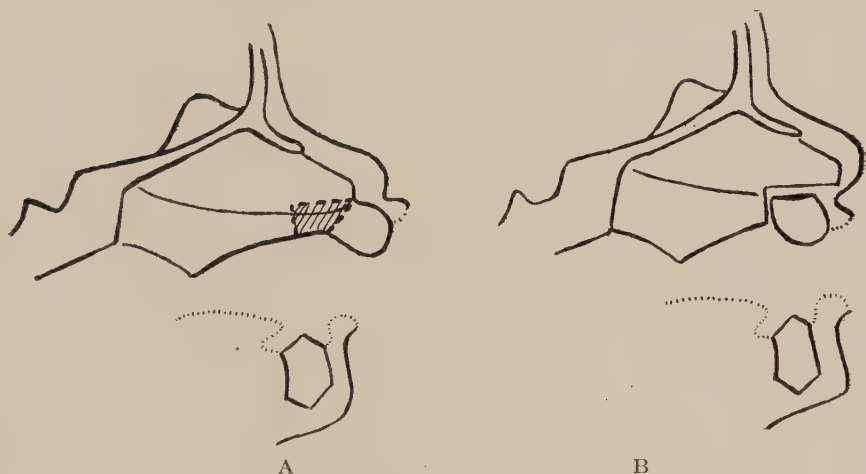


Fig. 2. — Résection de tout le pédicule de l'os intermaxillaire.
En A, la portion hachurée indique la zone à réséquer.

En B après la résection. L'os intermaxillaire a subi un mouvement de charnière et un mouvement de translation en arrière. Ces mouvements n'intéressent pas la cloison. Le nez n'est pas modifié.

M. Veau fit une opération analogue sur quatre sujets, mais il préféra se servir d'une incision postérieure suivant le bord inférieur du vomer et empiétant en avant sur la face posté-

rière de l'intermaxillaire. Après décollement du périoste, il attaqua la cloison au-dessus de l'intermaxillaire à la pince coupante et à la pince gouge.

M. *Ombredanne* emploie aussi ce procédé. C'est celui que nous lui avons toujours vu faire. C'est celui qu'il a décrit dans son traité de technique chirurgicale infantile.

En définitive ce qui caractérise la résection du pédicule de l'intermaxillaire c'est que :

La résection ne porte plus que sur le segment inférieur de la cloison.

Elle intéresse à la fois le vomer et le cartilage de la cloison.

Elle affecte une forme triangulaire à sommet antérieur, à base postérieure.

Ce qui la différencie essentiellement de la méthode Blandin-Mirault c'est que la réduction de l'intermaxillaire n'entraîne pas un déplacement du nez en masse d'avant en arrière, mais simplement un déplacement du tubercule médian seul.

C. — Résection du col de l'intermaxillaire. — Cette technique offre le maximum de simplicité. Il suffit, en effet, d'inciser la muqueuse le long du bord inférieur du vomer en empiétant sur la face postérieure de l'intermaxillaire. On décolle le périoste sur les deux faces de la cloison en ayant soin d'aller jusqu'à la pointe du nez en avant. On introduit alors une pince coupante et l'on sectionne le col de l'intermaxillaire. Celui-ci devenu mobile on abrase légèrement sa face cruentée avec une pince gouge, puis on le refoule en

arrière. Ici le refoulement se fait grâce à un mouvement de translation de l'os intermaxillaire seul.

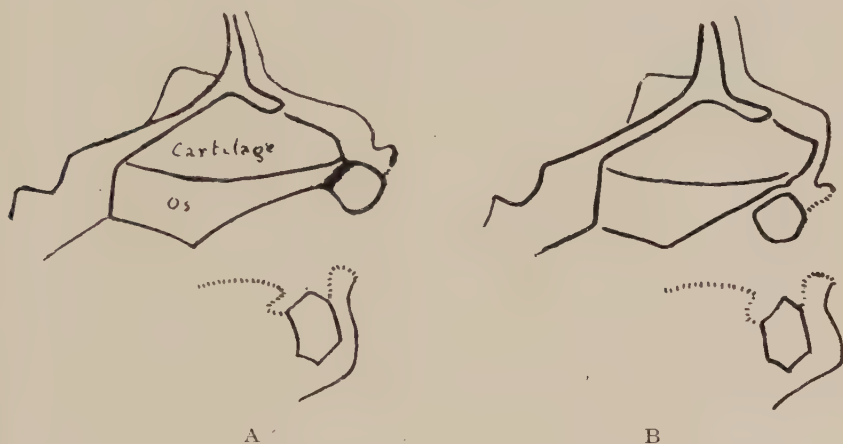


Fig. 3. — Section du col de l'intermaxillaire. L'intermaxillaire est refoulé par un mouvement de translation en arrière qui n'intéresse que lui. Le nez n'est pas modifié.

Si l'intermaxillaire ne peut pénétrer dans la brèche alvéolaire : *Lannelongue* après avoir enlevé les incisives latérales retranche un petit fragment sur l'une ou sur l'autre des deux faces latérales en respectant le plus possible les follicules dentaires. *Broca* fait remarquer qu'il suffit d'abraser la pointe des arcades alvéolaires postérieures qui est constituée par une muqueuse épaisse dans laquelle est le germe de l'incisive précanine, souvent dépourvue d'alvéole osseuse. On gagnera ainsi de chaque côté trois ou quatre millimètres sans toucher au squelette. Dans un de nos derniers cas, M. *Veau* enucléa les ébauches incisives latérales de l'intermaxillaire ce qui permit la réduction.

— Si l'os intermaxillaire est trop petit ou le fixera suivant le conseil de Lannelongue à l'un des maxillaires.

Comment maintenir l'os intermaxillaire en place. — Le simple avivement (Debrou) des faces latérales des fentes ne peut suffire même si l'intermaxillaire entre à frottement dans la brèche.

La technique de Piéchaud formant un pont muquo-périosté est parfaite en théorie. Il n'est pas prouvé qu'elle donne de bons résultats. Deux cas sont publiés dans la thèse de Gourdon ; dans le premier, l'auteur ne signale pas si l'intermaxillaire s'est soudé ou non, dans le deuxième cas, quinze jours après l'intervention, l'intermaxillaire n'était pas encore fixé.

A priori cette technique nous semble irréalisable car nous savons trop que la muqueuse de la berge maxillaire qui est cartonnée et sans aucune résistance ne peut être suturée : les fils coupent et ne peuvent servir de moyen de contention.

Paul Broca a préconisé la fixation de l'intermaxillaire par un fil d'argent. C'est la méthode que nous avons vu employer par M. Jalaguier, par M. Ombrédanne, par M. Veau. On n'obtiendra pas d'ailleurs une immobilisation de l'intermaxillaire et il est très instructif de voir cet os continuellement mobilisé par la langue du petit malade. Nous considérons, du reste, que ce fil d'argent n'a qu'une action passagère, il coupe l'os très vite et souvent se casse. Le véritable moyen de maintenir l'intermaxillaire en arrière c'est de refaire la lèvre ou simplement d'aviver et de suturer la partie supérieure des fentes labiales.

Nous demanderons donc au fil d'argent de maintenir

l'intermaxillaire tant que la cicatrisation de la lèvre ne sera pas complète. C'est elle ensuite qui, grâce à son muscle orbiculaire, sera le meilleur agent de refoulement.

Peut-être alors pourrait-on y aider en reprenant l'idée de Desault et en se servant d'un bandage élastique qui viendrait faire pression sur le tubercule médian. C'est un fait qui demandera à être précisé.

Résultats obtenus par le refoulement de l'intermaxillaire.

— Nous les étudierons successivement :

- au point de vue osseux ;
- au point de vue dentaire ;
- au point de vue esthétique.

1^o L'os intermaxillaire occupe la fente du bord alvéolaire, mais il est toujours profondément modifié. On le trouve parfois hyperostosé, faisant une saillie légère en avant, ce qui a pour effet heureux de soutenir la lèvre supérieure. Plus souvent il est atrophie. Dans tous les cas il a empêché le rapprochement excessif des maxillaires supérieurs : c'est là le point essentiel.

Dans toutes nos observations sauf une, l'intermaxillaire est resté mobile et ne s'est pas soudé aux maxillaires. Ce n'est d'ailleurs pas un fait nouveau car Demarquay a, depuis longtemps, signalé que chez tous les sujets qu'il avait observé l'intermaxillaire ne s'était pas soudé. L'intermaxillaire mal irrigué a une vitalité très précaire : le tissu osseux est raréfié, la masse du tubercule est sans consistance, les dents en sont toujours cariées et nous ne croyons pas qu'il y ait jamais eu

une incisive vivante et utile sur un tubercule intermaxillaire mobile.

2° L'articulé dentaire pour les deux segments postérieurs, depuis la deuxième grosse molaire jusqu'à la canine incluse, est généralement bon. Cependant on peut observer tous les intermédiaires entre un articulé normal et l'absence d'articulation qui caractérise la résection de l'os intermaxillaire. Plus le volume de cet os se rapprochera du volume normal de ce segment du rebord alvéolaire, plus le nombre des dents qui s'articuleront sera grand. En général, la défec-tuosité est légère et sa correction orthodontique possible. Quant au segment incisif nous venons de voir qu'il est presque toujours inutilisable : on doit le remplacer par un appareil de prothèse.

3° Les résultats esthétiques du refoulement de l'intermaxillaire sont différents suivant la technique employée.

a) *La résection cunéiforme du vomer* qui a été employée dans huit de nos observations, entraîne une déformation du nez. Cette déformation présente comme caractères essentiels :

Un aplatissement général du nez, surtout marqué au niveau de la pointe : *Le nez est bridé.*

Une saillie de la sous-cloison qui continue en pente douce la courbe du nez.

Un élargissement transversal des orifices narinaux par étalement des ailes du nez.

Cette déformation apparaît nettement sur la planche V ;



Déformation typique consécutive à l'opération de Blandin-Mirault.

seul l'étalement du nez ne s'y observe pas, car il a été corrigé antérieurement à la prise de cette photographie. L'opération de Blandin Mirault n'entraîne pas toujours une déformation aussi accentuée et même dans une de nos observations, le résultat obtenu par cette méthode est excellent.

Comment expliquer cette déformation. L'aplatissement du nez est la conséquence fatale de la technique, elle est fonction de la quantité de vomer que l'on a reséqué pour refouler l'intermaxillaire. Regardons de nouveau la figure 1, nous voyons que le refoulement de l'intermaxillaire entraîne le nez d'avant en arrière d'où son aplatissement.

La saillie de la sous-cloison et le bridement du nez sont fonction de la situation du lobule médian par rapport à la pointe du nez. Or, l'intermaxillaire a gardé ses connexions avec la partie antérieure de la cloison, sa situation est donc restée la même.

L'étalement des narines est la conséquence d'un manque d'équilibre entre les différentes forces qui agissent sur le nez. La forme du nez est le résultat d'une action antagoniste entre le vomer qui se développe d'arrière en avant, l'os intermaxillaire, véritable frein qui est maintenu en arrière par l'action du muscle orbiculaire, l'action des muscles de l'aile du nez qui attirent celle-ci en dehors. Supprimez la lèvre, l'os intermaxillaire deviendra de plus en plus saillant, supprimez le vomer le nez deviendra aplati et étalé, supprimez l'os intermaxillaire enfin le nez deviendra proéminent.

Pour éviter cette déformation nasale on a proposé différentes modifications de la technique Blandin Mirault.

C'est ainsi que Berger sur un malade présente à la Société

de Chirurgie, le 11 mars 1896, après avoir fait une résection du vomer sépara, quelques jours plus tard, complètement l'intermaxillaire de la cloison des fosses nasales. Le résultat fut excellent et le nez ne fut pas aplati. En somme, il avait fait dans un deuxième temps la section du col de l'intermaxillaire.

Reich a proposé, en 1911, une modification intéressante :

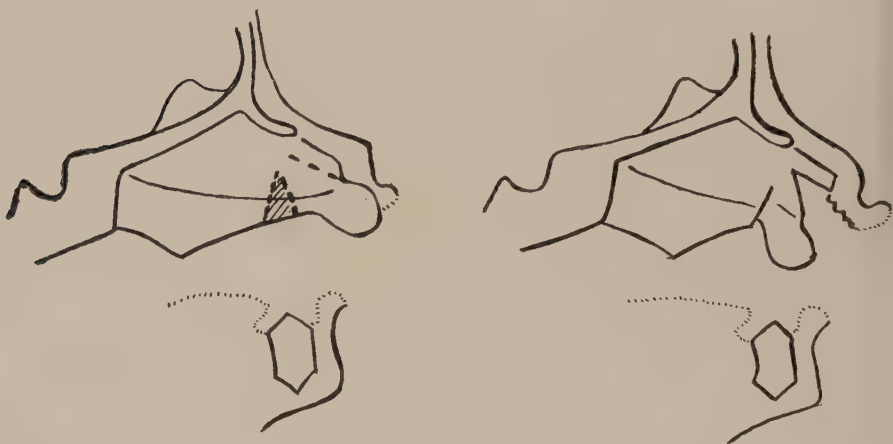


Fig. 4. — Le procédé de Reich.

Après avoir fait la résection cunéiforme du vomer, il sépare le tubercule cutané de l'intermaxillaire puis sectionne le segment antérieur de la cloison de bas en haut, d'avant en arrière à peu près parallèlement au bord antérieur du nez.

L'auteur a employé cette méthode dans plusieurs cas, mais chez des enfants âgés de trois à quatre ans. Il aurait eu un excellent résultat. Malheureusement il ne publie aucune observation, ni aucune photographie justificative.

Cette opération est peut-être utilisable chez un enfant âgé dont le nez est développé. Elle nous semble tout a fait à rejeter chez les enfants jeunes car elle supprime le développement de la cloison.

b) *La résection totale du pédicule de la cloison* a été employée dans quatre de nos observations (XVI, XVII, XIX, XX). Le résultat est excellent : le nez n'est ni aplati, ni bridé, la sous-cloison est normale. On en trouvera la preuve en examinant les planches XIII et XV qui représentent une vue de profil de deux sujets opérés par cette méthode.

c) *La section simple du col de l'intermaxillaire* a, elle aussi, été la technique suivie dans quatre de nos observations (I, II, III, XVIII). Le résultat est aussi bon. Un point à signaler : dans deux cas cette technique a été employée alors que l'on n'avait pas pu obtenir la réduction par la résection cunéiforme du vomer. La planche IX représente le résultat d'un de ces cas.

Conclusions. — Nous concluons de l'examen de nos observations :

1° Qu'il faut toujours garder l'os intermaxillaire ;

2° Que le refoulement doit être recherché par la résection du pédicule ou simplement du col de l'intermaxillaire. Ces deux méthodes seules n'entraînant aucune déformation du nez. Signalons cependant que l'on observe quelquefois un léger élargissement des orifices narinaires. Cela existe lorsque les narines étaient très étalées au moment de l'intervention.

Il est possible que la simple section du col trouve son indication chez les enfants jeunes (au-dessous d'un an) chez qui la réduction est assez facile, tandis que la résection de tout le pédicule devra être employé chez les enfants plus âgés.

CHAPITRE II

La Restauration de la Lèvre

Les procédés de restauration de la lèvre sont très nombreux, nous en avons retrouvé vingt-deux. Cette multiplicité des techniques est due à ce que les opérateurs, non contents des résultats obtenus, ont cherché des perfectionnements dans les incisions cutanées. Ils partaient d'un principe que nous croyons absolument faux, car nous allons voir que ce n'est pas à la peau que sont dus les mauvais résultats de la lèvre. Tout vient du muscle et de la muqueuse.

Nous classerons les procédés de restauration en trois groupes ; chaque groupe comprenant des techniques basées sur le même principe.

L'expérience nous a montré que les résultats obtenus par chaque technique du même groupe sont les mêmes dans leur ensemble.

I. PREMIER GROUPE : PROCEDES QUI N'UTILISENT LA PEAU DU TUBERCULE MEDIAN QUE POUR RECONSTITUER UNE SOUS-CLOISON.

C'est Dupuytren qui a mis en honneur le principe de cette technique.

Actuellement trois procédés sont encore employés :

a) le procédé d'Owen ;

b) le procédé de Bœckel ;

c) le procédé de Berger.

1^o **Procédé d'Owen** (*fig. 5*). — C'est le procédé classique en Angleterre.

Le tubercule cutané médian est séparé de l'intermaxillaire et utilisé à refaire une sous-cloison. On décolle ensuite largement les deux lèvres latérales. Sur un des côtés on extirpe la muqueuse et sur l'autre on trace un lambeau partant de la partie supérieure de la fente et taillé en coin à base externe. D'après Owen il faut pour obtenir un bon résultat :

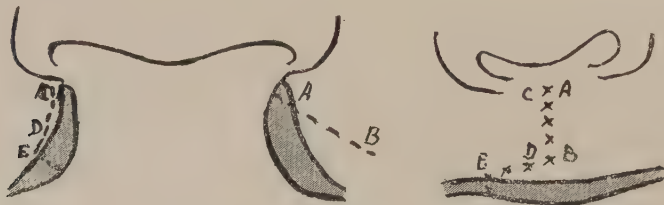


Fig. 5. — Technique d'Owen.

a) que le lambeau soit bien taillé en coin ;

b) qu'il soit fortement attiré en bas de façon à laisser une large brèche dans laquelle on adoptera le bord vertical du côté opposé, qui a été avivé.

L'auteur avoue qu'il obtient presque toujours une lèvre bridée et effacée.

2^o **Procédé de Bœckel** (*fig. 6*). — Le tubercule cutané médian est séparé du plan osseux puis taillé en triangle ou en carré selon la forme qui permet un sacrifice moindre de tissu.

Les deux lèvres latérales sont largement détachées du maxillaire au bistouri. L'avivement se pratique en ponctionnant la lèvre de dedans en dehors au-dessous et un peu en

dehors de la base de la narine. Le bistouri détache alors d'un trait la languette E en suivant la ligne BA qui forme avec le bord rouge un angle droit ou mieux un angle un peu plus

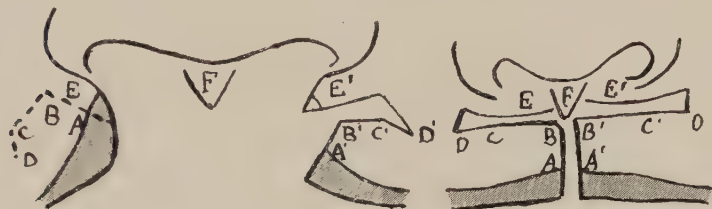


Fig. 6. — Technique de Bœckl.

aigu que l'angle droit. Du point B on fait partir une deuxième incision BC de façon que BC forme avec BA un angle un peu plus aigu que l'angle droit. Après avoir fait les mêmes incisions de l'autre côté on suture les languettes EE' à la sous-cloison après avoir reséqué les quantités nécessaires pour que l'enroulement de la narine soit suffisant.

Pour reconstituer la lèvre il suffit d'amener au contact les points A et A', B et B'. Les points C et C' sont suturés aux languettes E et E'. La plaie triangulaire située en dehors de l'aile du nez n'est pas suturée, on la laisse se combler secondairement. Elle forme une cicatrice cachée au fond du sillon naso-génien qu'elle contribuerait à rendre plus profond.

Si la tension de la lèvre est trop considérable on fait continuer l'incision de débridement suivant CD (quelques millimètres).

3^e **Procédé de Berger** (fig. 7). — Voici ce procédé tel qu'il est décrit dans la thèse de Gourdon d'après une lettre de son auteur. Le tubercule cutané médian est séparé du plan osseux



Restauration de la lèvre en employant le tubercule cutané médian pour
la seule reconstitution de la sous-cloison.

et décollé assez haut pour lui permettre d'être mobilisé. Il est taillé en V et sert à refaire la sous-cloison.

On détache ensuite largement l'aile du nez de la joue par une incision qui contourne l'aile du nez en suivant le sillon naso-génien. Après décollement poussé très loin on avive chaque lèvre latérale suivant la méthode Clémot ou Mirault.

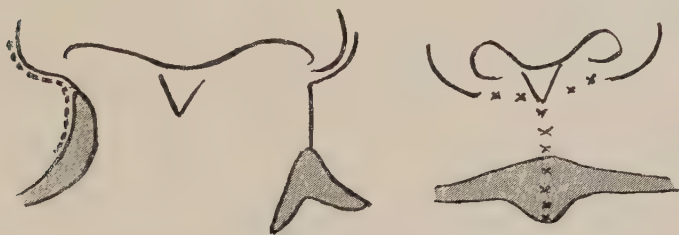


Fig. 7. — Technique de Berger.

Chaque aile du nez est fixée à la sous-cloison, puis les deux lèvres latérales sont suturées sur la ligne médiane.

La caractéristique du procédé de Berger, c'est qu'il incise l'aile du nez pour pouvoir la rabattre.

Critique. — Berger, Bœckel ont appliqué leurs procédés à tous les cas n'employant la tubercule cutané médian qu'à la réfection de la sous-cloison. C'est là une méthode contre laquelle nous ne saurions trop nous élever. L'examen de nos observations nous montre que :

a) Les tissus du tubercule médian ne sont bons que pour refaire la lèvre. Employer ce tubercule cutané pour refaire une sous-cloison c'est se servir d'un moignon de peau arrondi, trop épais qui ne s'étendra pas au cours du développement.

Le résultat sera une sous-cloison épaisse formant bourrelet d'où aspect très disgracieux.

b) La lèvre supérieure refaite sans employer le tubercule cutané médian est une lèvre extrêmement aplatie, très bridée, très en retrait par rapport à la lèvre inférieure.

Nous rejetons donc, d'une façon absolue, ces procédés comme technique habituelle.

II. DEUXIEME GROUPE : PROCEDES UTILISANT LA PEAU DU TUBERCULE MAIS RESEQUANT LA MUQUEUSE

Ce sont les procédés classiques :

1^o **Technique de Clémot** (1844), (*fig 8*). — On avive chaque fente en incisant le long de la ligne cutané-muqueuse.

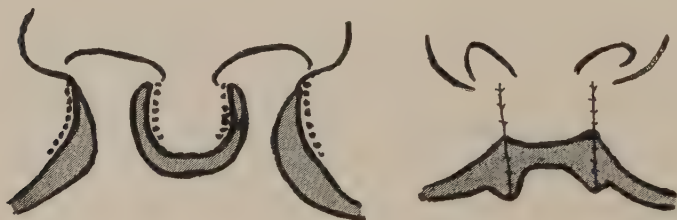


Fig. 8. — Technique de Clémot.

Chaque lambeau muqueux est rabattu en bas. La suture met en contact les surfaces cruentées.

2^o **Technique de Malgaigne** (1845), (*fig. 9*). — Avivement du tubercule cutané médian par incision le long de la ligne

cutané-muqueuse. Avivement identique sur les lèvres externes sur une hauteur égale à celle du tubercule médian ;



Fig. 9. — Technique de Malgaigne.

puis incision de débridement horizontale dans chaque lèvre latérale.

3^o **Technique de Sédillot** (1856), (fig. 10). — Avivement du tubercule médian d'abord verticalement puis en V à sa partie inférieure. Tout le tubercule cutané est ensuite séparé de l'intermaxillaire et sa partie supérieure contribue à former la sous-cloison. On trace sur chaque lèvre externe une inci-



Fig. 10. — Technique de Sédillot.

sion de débridement oblique en haut et en dehors qui se prolonge à 2, 3 centimètres en dehors de l'aile du nez ; puis on délimite un lambeau à charnière inférieure. Cette technique nécessite un décollement des joues poussé très loin. Les deux

lèvres externes sont suturées l'une à l'autre sur la ligne médiane, au tubercule médian et à l'aile du nez en haut. Les lambeaux muqueux sont suturés l'un à l'autre.

4^o **Techniques de Simon** (1856). — *a) Premier procédé* (fig. 11). — Avivement en carré du tubercule médian. Avive-



Fig. 11. — 1^{er} procédé de Simon.

ment des lèvres sur une hauteur égale à celle du tubercule médian par une incision suivant la ligne cutané-muqueuse. Incision de débridement, d'abord perpendiculaire à la ligne cutané-muqueuse puis oblique en bas et en dehors.

b) Deuxième procédé (fig. 12). — Avivement en carré du tubercule médian. Avivement des lèvres externes par une



Fig. 12. — 2^e procédé de Simon.

incision en plein tissu cutané commençant en bas tout près de la ligne cutané-muqueuse et se terminant à quelques-

millimètres d'elle en haut. Ainsi se trouve délimité un lambeau à base inférieure qui est rabattu en dedans. On résèque la partie périphérique du lambeau qui est trop long. Incision de débridement horizontal juste sous l'aile du nez.

5° **Technique de König** (1880), (*fig. 13*). — Avivement en carré du tubercule médian, avivement des lèvres externes et incision de débridement oblique en bas et en dehors. König



Fig. 13. — Technique de König.

a bien mis en valeur l'importance de faire les incisions d'avivement en plein tissu cutané et à distance de la ligne cutanéomuqueuse.

6° **Technique de Lannelongue** (1883). — « J'ai détaché le lobule médian de l'os intermaxillaire auquel il était adhérent et j'ai avivé avec des ciseaux courbes à yeux le bord libre de ce lobule médian. Cet avivement auquel j'attache une grande importance est très superficiel : j'enlève la pellicule épidermique, je lui donne au travers près d'un centimètre d'étendue. Sur chaque moitié latérale de la lèvre j'ai taillé un très grand lambeau. Les deux lambeaux ainsi obtenus sont destinés à venir s'appliquer l'un à l'autre sur la ligne médiane par leur surface cruentée. » (Denise. Thèse Paris).

7^o **Technique d'Hagedorn** (1884), (*fig 14*). — Avivement du tubercule médian comme dans le Sédillot. Avivement de chaque lèvre externe par une incision en plein tissu cutané.



Fig. 14. — Technique d'Hagedorn.

Cette incision est brisée et présente une très légère angulation externe située à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs. A ce niveau on fait partir une petite incision de débridement horizontale et externe. Les points *a* et *a'* sont suturés sur la ligne médiane entre eux et au point 1.

8^o **Techniques de Wolff** (1890). — *a) Premier procédé* (*fig 15*). — Lorsque la longueur du lobule médian répond à



Fig. 15. — 1^{er} procédé de Wolff.

la hauteur d'une lèvre normale. On avive le tubercule médian sur toute sa périphérie. On fait sur chaque lèvre latérale une incision *ae* comprenant un segment $ab = a'b' =$ hauteur du tubercule médian et un segment $be =$ quelques millimètres.

Cette incision est faite dans le tissu cutané, immédiatement au-dessus de la ligne cutanéomuqueuse. On supprime l'extrémité supérieure de chaque lambeau.

b) Deuxième procédé (fig. 16). — Lorsque la longueur du lobule médian est inférieure à la hauteur d'une lèvre normale.

Le tubercule cutané médian est découpé en triangle à sommet inférieur. On mesure la distance $b'd'$ qui représente



Fig. 16. — 2^e procédé de Wolff.

le manque de longueur du tubercule médian. On fait sur chaque lèvre latérale une incision ae qui comprend un segment $ab=a'b'$, un segment $bd=b'd'$, un segment de =quelques millimètres. Les lambeaux sont rabattus en bas et suturés l'un à l'autre après résection de leur extrémité supérieure. Suture des lèvres latérales au tubercule médian puis entre elles comme cela est indiqué sur la figure 16.

9^o Technique de Piéchaud (1896) (fig. 17). — Avivement médian comme dans le Malgaigne. Incision de débriement ab , cd très oblique en dehors et en bas de façon à avoir une base très large. Suture sur la ligne médiane après bascule en bas du lambeau.

10° **Technique de M. Jalaguier (1904), (fig. 18).** — M. Jalaguier ne faisait jamais la restauration de la lèvre en même temps que le refoulement de l'os intermaxillaire. Il se contentait dans la première intervention d'aviver et de suturer la partie supérieure des fentes labiales. Nous avons vu plus haut l'importance de cette suture pour le refoulement de l'os intermaxillaire. Il considérait à juste titre qu'il était dangereux de refaire définitivement la lèvre avant que l'os intermaxillaire n'ait repris sa place dans la fente alvéolaire.

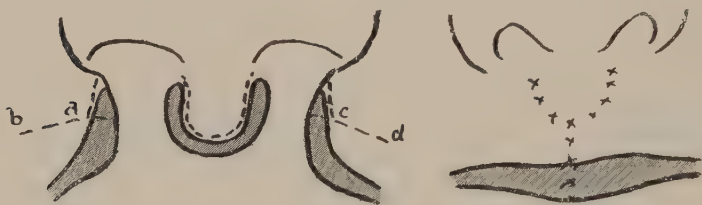


Fig 17. — Technique de Piéchaud.

Au moment où il effectuait la deuxième intervention il se trouvait en présence d'un bec-de-lièvre bilatéral incomplet : lèvre trop courte au niveau du tubercule médian et présentant deux profondes encoches au niveau de l'union du tubercule médian et des deux lèvres latérales.

Son procédé consiste essentiellement à aviver le tubercule médian, puis à prendre sur chaque lèvre latérale un lambeau à base inférieure et externe. Les incisions sont faites en plein tissu cutané, à distance du bord cutanéomuqueux. Les différentes incisions sont des lignes droites se réunissant par des angles très nets :

a) On décolle largement les lèvres latérales à la pointe fine du thermocautère.

b) on avive le tubercule médian en traçant les incisions ab $a'b'$. On commence en haut avec le bistouri en faisant bien attention à ne laisser aucune partie de la muqueuse. Si le lobule est large et haut on le taille légèrement convexe en bas, en gardant la saillie médiane qui servira à augmenter la hauteur du milieu de la lèvre. Si le lobule est petit on l'avivera par une incision horizontale bb' .

c) Taille des deux lambeaux latéraux.

Ces lambeaux doivent remplir deux conditions :

donner à la lèvre la hauteur voulue à la partie médiane ;

avoir comme longueur chacun la moitié de la longueur de l'espace à combler.

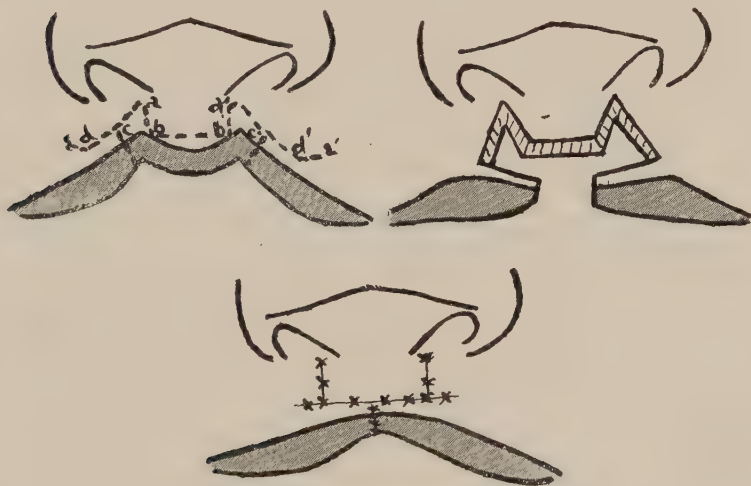


Fig. 18. — La technique de M. Jalaguier d'après Texier.

On attire en bas le bord cutané du tubercule médian et l'on calcule ce qui manque pour former la hauteur de la lèvre. Cette longueur va servir à déterminer la distance du point d à la ligne cutané-muqueuse. Pour déterminer la longueur

à donner au lambeau on mesure la distance bb' et on en prend la moitié.

Après avoir fixé avec une pince à griffes le point d on enfonce le bistouri à lame étroite en tournant le tranchant en haut et en dedans. On incise parallèlement au bord cutanéomuqueux. Arrivé en c on tourne brusquement la lame du bistouri pour sortir à angle droit.

Ce lambeau taillé on continue la première incision jusqu'en a et on résèque le segment ac . On retourne alors le bistouri dans la plaie et on fait une petite queue de qui n'est plus parallèle au bord de la lèvre mais s'en éloigne un peu et forme avec la ligne dc un angle obtus ouvert en haut. Cette petite queue sert à mobiliser les tissus.

d) Suture des lambeaux.

Les points cc' sont suturés l'un à l'autre, ab $a'b'$ à ad $a'd'$ — dc $d'c'$ à bb' .

Il faut prendre un soin tout particulier pour passer le point qui joindra l'extrémité des lignes cutanéomuqueuses. Sutures au crin fin et à la soie. (Texier. Thèse Paris).

11° Technique de Goyder et Cantab (1911, (*fig.* 19). —

Ces auteurs restaurent la lèvre en deux fois. Dans la première intervention ils ferment une des fentes labiales, dans une deuxième intervention ils suppriment l'autre. Ils emploient chaque fois le même procédé.

a) Décollement préliminaire.

b) Incisions sur la lèvre externe comprenant un segment BA dans le sillon naso-génien et un segment AC tel qu'il délimite un lambeau taillé en coin à base externe (c'est le même lambeau que celui d'Owen).

c) Incisions sur le tubercule cutané médian comprenant un segment DE horizontal, un segment DF suivant la ligne cutanéomuqueuse.



Fig. 19. — Technique de Goyd.r et Cantab.

d) Après bascule en bas des lambeaux, le point A est suturé au point E, l'aîle du nez à la sous-cloison, le point D au point C.

12° **Technique de Thompson (1912)** (fig. 20). — Avivement en V du tubercule cutané médian. On trace sur chaque



Fig. 20. — Technique de Thompson.

lèvre latérale une incision *ab* égale à la hauteur que l'on veut

donner à la lèvre. Cette hauteur étant prise avec un compas on place l'une des pointes à l'extrémité de l'aile du nez, l'autre pointe sur la ligne cutanéomuqueuse.

13° Techniques de Turck (1913) — a) *Premier procédé.* — Lorsqu'on se trouve en présence d'un bec-de-lièvre bilatéral simple ou lorsqu'on a avivé et suturé la partie supérieure des fentes labiales dans la première intervention. Ce procédé est identique à celui de M. Jalaguier.

b) *Deuxième procédé (fig. 21).* — Lorsqu'on se trouve en présence d'un bec-de-lièvre bilatéral complexe.



Fig. 21. — Technique de Turck (2^e procédé).

Il se sert d'un lambeau latéral beaucoup trop volumineux, son incision de débridement étant presque horizontale et située sous l'aile du nez.

Critique de ces procédés. — Voici donc les principaux procédés qui ont été décrits et utilisés pour la restauration de la lèvre. Quels résultats donnent-ils ?

Presque tous les cas que nous avons observés avaient été opérés suivant la technique de M. Jalaguier. Nous avons trouvés dans la thèse de Gourdon les photographies de deux sujets opérés suivant la technique de Piéchaud, dans

l'article de Bates les photographies d'un sujet opéré suivant la technique d'Hagedorn et dans la dernière publication de Thompson (octobre 1921) le résultat d'un enfant opéré suivant son procédé.

Pour les autres procédés nous sommes réduits aux renseignements fournis par leurs auteurs et à les juger par analogie.

Précisons les qualités que doit présenter une lèvre restaurée.

a) La partie cutanée de la lèvre doit être souple, non cicatricielle et ne montrer aucune enclave de muqueuse.

b) La hauteur de la zone cutanée doit se rapprocher autant que possible de la normale.

c) Le tubercule cutané médian doit avoir des muscles bien vivants pour permettre sa mobilité.

d) La ligne cutané-muqueuse ne doit présenter aucune irrégularité.

e) La portion muqueuse de la lèvre doit être haute et ne pas présenter d'encoche médiane au niveau de son bord inférieur.

f) Il faut enfin que la lèvre dans son ensemble ne soit ni bridée, ni aplatie.

Voyons maintenant si les procédés classiques satisfont à ces conditions :

1° La partie cutanée de la lèvre doit être souple, non cicatricielle et ne montre aucune enclave de muqueuse. A notre avis il est un fait indiscutable, c'est que tous les procédés où les incisions se font dans la ligne cutané-muqueuse donnent presque infailliblement des inclusions muqueuses

En réalité, il y a deux sortes d'inclusions muqueuses :

a) L'inclusion franche qui a un caractère nettement muqueux et qui provient d'une inclusion de muqueuse dans la peau.

b) L'inclusion fruste qui donne une cicatrice teintée légèrement rougeâtre et qui provient de ce que la section a portée aux confins de la ligne cutané-muqueuse.

Il est classique de dire dans ces cas que c'est une cicatrice chéloïdienne. Rien n'est plus faux : Il ne s'agit pas là d'une véritable cicatrice chéloïdienne.

Nous en concluons que les procédés de Clemot, Malgaigne, Wolff (1^o technique), Piéchaud, doivent être abandonnés.

2^o La hauteur de cette zone cutanée doit se rapprocher autant que possible de la normale. Il est curieux d'observer que dans la plupart des cas on trouve une lèvre trop haute et presque jamais une lèvre trop courte.

Cette hauteur de la lèvre restaurée est la conséquence :

a) De celle du lambeau latéral que l'on vient fixer au bord inférieur du tubercule cutané médian.

b) Et surtout de l'allongement de la peau ratatinée du tubercule médian quand elle a pris la vitalité d'une peau active.

Il ne faut donc pas calculer la hauteur du lambeau sans tenir compte de l'allongement secondaire du tubercule médian.

Les chirurgiens ne semblent guère s'occuper dans leurs procédés de ce fait important. Et pourtant, dans la thèse de Denise, Lannelongue disait déjà : « Il faut compter beaucoup sur l'élasticité de ce lambeau médian dont les dimensions

augmentent sensiblement quelques jours même après l'opération. »

L'excès de hauteur s'observe surtout avec les procédés de Malgaigne, Sédillot, Simon (1^{re} technique) Hagedorn, Piéchaud, Turck (2^e technique). Nous l'avons observés nous-même avec le procédé de M. Jalaguier.

3^o Le segment moyen de la zone cutanée, segment qui répond au tubercule médian doit avoir des muscles bien vivants. On arrive à ce résultat par la suture de l'orbiculaire et par un affrontement cutané très soigné. L'expérience nous a montré que lorsqu'il se produit un tissu cicatriciel épais au niveau de la suture qui réunit les lèvres latérales au tubercule cutané médian, celui-ci reste définitivement inerte, ce qui entraîne un aspect disgracieux de la lèvre dans les mouvements de la face.

Un exemple nous en est fourni par l'observation XXIV (voir planche VII).

4^o La ligne cutanéomuqueuse doit être impeccable ; ne présenter aucun défaut, aucune solution de continuité. Ce résultat est facile à obtenir. Ce n'est plus là une question de procédé opératoire : tout dépend de la façon dont on place le point de suture qui unit les deux moitiés de la ligne cutanéomuqueuse.

5^o La portion muqueuse de la lèvre doit être haute et ne pas présenter d'encoche médiane au niveau de son bord inférieur. Or, on observe presque toujours, sur les lèvres restaurées, un manque de hauteur de la muqueuse et l'encoche médiane de son bord inférieur.



Chez cette opérée le tubercule médian a des muscles inertes Il ne participe pas aux mouvements de la face

La diminution de hauteur de la muqueuse est, en effet, difficile à éviter : cette hauteur étant celle de la muqueuse du lambeau pris sur la lèvre latérale. Reportons-nous à la planche I et examinons la muqueuse de la lèvre latérale. Nous voyons que celle-ci a une hauteur et une épaisseur bien marquée à la partie moyenne, mais qu'elle s'atrophie à mesure que l'on remonte vers l'aile du nez.

Si l'on prend le lambeau très haut on aura une hauteur de muqueuse insuffisante par le fait de l'effilement de la partie supérieure des lèvres latérales.

Si l'on prend le lambeau à la partie moyenne on a de chaque côté une lèvre d'épaisseur normale mais quand on l'a suturée sur la ligne médiane la muqueuse tire et elle s'efface progressivement sous l'action de la traction. Il en résulte un véritable entropion.

Nous savons qu'en employant, d'une façon rationnelle, un procédé comme celui de M. Jalaguier on a une muqueuse presque suffisante. Mais, même dans ces cas la traction s'exerce sur la ligne médiane, il s'ensuit une encoche en forme de V ouvert en bas. A la vérité cette encoche est facile à corriger, ce n'est pas elle qui nous fait critiquer tous les procédés que nous venons d'examiner, c'est bien plus la hauteur de l'ourlet muqueux.

6° Il faut enfin que la lèvre, dans son ensemble, ne soit ni bridée ni aplatie.

L'aspect bridée de la lèvre ne s'observe que dans les cas où l'on a réséqué beaucoup de tissus. Nous avons vu plus haut que c'est la règle lorsqu'on n'utilise pas le tubercule cutané médian pour la restauration de la lèvre.

L'aplatissement de la lèvre est, au contraire, presque constante avec les procédés classiques.

Si l'on examine le profil d'une lèvre normale on voit que la partie inférieure de la lèvre supérieure tend à se porter en avant, sa portion muqueuse est saillante ; la lèvre est proéminente.

Regardons maintenant la planche VIII. La lèvre supérieure dans sa portion muqueuse au lieu de se porter en avant se porte en arrière, la zone muqueuse au lieu d'être saillante est si en retrait que, de face, elle est complètement cachée par la lèvre inférieure. Cet aspect est des plus disgracieux, c'est même, au point de vue esthétique, une véritable difformité.

Or, tous les procédés que nous avons décrits plus haut donnent ce résultat. C'est là un fait d'observation : nous n'avons pas trouvé un seul opéré qui, de profil, ne présente cet aplatissement à un degré plus ou moins marqué.

Nous rejetons en masse tous les procédés classiques parce qu'ils donnent :

- a) une lèvre aplatie ;
- b) une muqueuse insuffisante.

III. — TROISIEME GROUPE

PROCEDES UTILISANT LES MUQUEUSES D'AVIVEMENT

Devant la constance des mauvais résultats obtenus par les procédés classiques nous avons recherché quelle en était la cause. Il est facile de prouver qu'elle tient à l'absence de



Aplatissement de la lèvre et disparition de la zone muqueuse. C'est le résultat habituel de tous les procédés où l'on résèque la muqueuse des segments avivés.



Sujet opéré en employant deux fois le procédé unilatéral mais avec conservation des muqueuses d'avivement. Bonne saillie de la lèvre et de la muqueuse



Le même opéré vu de face. Ici apparaît le défaut de la méthode : la muqueuse du tubercule médian manque de hauteur

l'étoffe muqueuse de la lèvre. Il fallait donc refaire la lèvre en conservant la totalité des tissus :

1^o La première idée qui vint à l'esprit fut de faire deux fois un procédé unilatéral : en l'espèce le procédé pour bec-de-lièvre unilatéral de M. Jalaguier mais modifié et tel que le fait actuellement M. Veau, c'est-à-dire en ne réséquant pas les lambeaux d'avivement mais en les basculant en arrière et en les suturant l'un à l'autre à la face postérieure de la lèvre.

Les planches IX et X représentent l'enfant de l'observation XVIII.

Sur la planche IX on voit nettement que la lèvre n'est pas aplatie, elle est proéminente.

Sur la planche X on remarque que le seul défaut est un manque de hauteur de la muqueuse dans le segment qui répond au tubercule cutané médian.

Ce procédé est donc insuffisant. Il donne bien à la lèvre une saillie normale mais la muqueuse manque de hauteur dans son segment moyen.

2^o Ainsi pour avoir une bonne lèvre, il faudrait pouvoir étoffer le segment inférieur du tubercule cutané médian.

Précisons les données du problème et cherchons-en la solution :

Examinons la figure 22. En A nous voyons la coupe d'une lèvre normale, sa partie inférieure s'évase, devient saillante.

En B celle d'une lèvre restaurée par un des procédés à lambeaux : la lèvre n'est plus proéminente, la muqueuse manque de hauteur.

En C nous voyons la coupe théorique de cette même

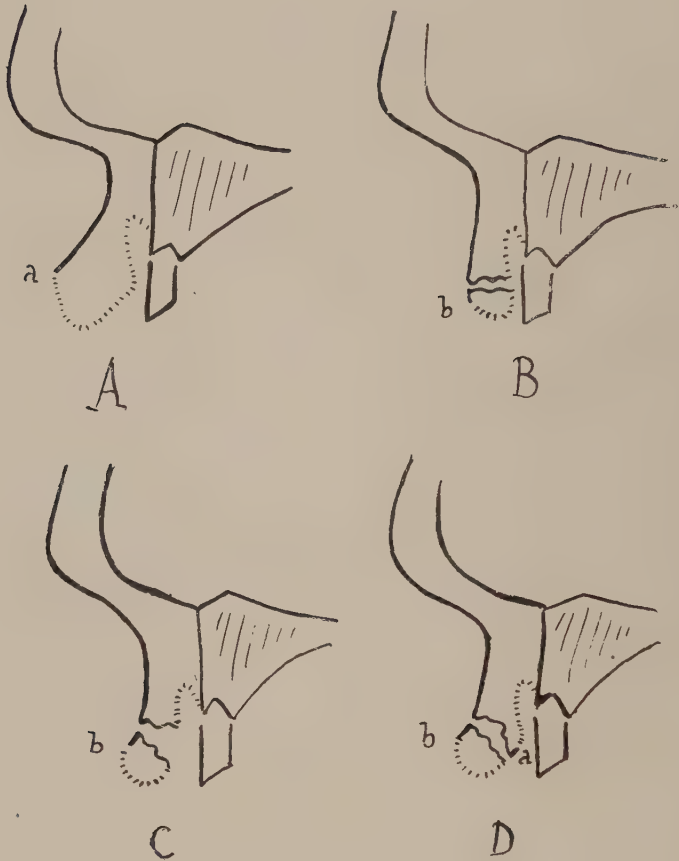


Fig. 22.

- A. — Coupe d'une lèvre normale d'après Testut.
 B. — Coupe d'une lèvre après technique classique à lambeaux.
 C. — La situation que devrait occuper le lambeau pour donner une lèvre proéminente.
 D. — Coupe de la lèvre après conservation du lambeau d'avivement. Le segment cutané de la lèvre est en trait plein, la muqueuse est indiquée par une ligne hachurée.
 a représente la coupe de la ligne cutané-muqueuse du tubercule médian.
 b représente la coupe de la ligne cutané-muqueuse du lambeau latéral.



Robert Ch..., 3 ans.

1^{re} Opération, juillet 1915. 2^e operation, avril 1916



Robert Ch... à 7 ans. Après traitement.



Touis T... 13 mois
1^{re} opération, septembre 1917. — opération novembre 1917.



Louis. T. après traitement. A cinq ans.

lèvre avec la situation que devrait occuper le lambeau pour donner une lèvre proéminente. Il a fallu le faire basculer de 45°, la surface cruentée de supérieure est devenue postéro-supérieure mais il existe alors une perte de substance triangulaire à base postérieure. Comment la combler. Il suffit pour cela de ne pas exciser le bord inférieur du tubercule cutané médian ; nous nous bornerons à ne traverser que le segment antérieur de son épaisseur. Nous aurons alors un lambeau muqueux et cutané à pédicule postéro-supérieure qui basculé en bas viendra renforcer la partie inférieure de la lèvre et la rendra proéminente.

C'est en se basant sur ces idées théoriques qu'a été imaginé, après quelques tâtonnements, le procédé qui sera décrit au chapitre technique opératoire.

Les résultats obtenus sont vraiment excellents.

Les planches XI, XII, XIII, qui représentent le sujet de l'observation XVI. Les planches XIV et XV, qui montrent le résultat obtenu dans l'observation XIX en sont la preuve.

Mais il ne faudrait pas croire que le seul fait de garder toute la muqueuse donnera une lèvre parfaite. On aura toujours une lèvre saillante, non aplatie, mais pour avoir une portion muqueuse bien proéminente il importe d'avoir un appareil musculaire bien restauré, sinon le segment muqueux sera flasque, manquant de consistance à la partie moyenne. C'est ce qui nous est arrivé dans l'observation XX à une époque où l'importance de la suture des muscles ne nous était pas encore bien apparue.

En recherchant les techniques utilisées par les différents

chirurgiens nous en avons trouvés trois qui sont basées sur le même principe.

Technique d'Esmarch (1883) (*fig. 23*). — Esmarch taille sur la partie interne des deux lèvres latérales un lambeau muqueux à base inférieure en incisant le long de la ligne cutanéomuqueuse. Ces lambeaux sont identiques à ceux de Clémot. Sur le tubercule cutané médian il avive en incisant

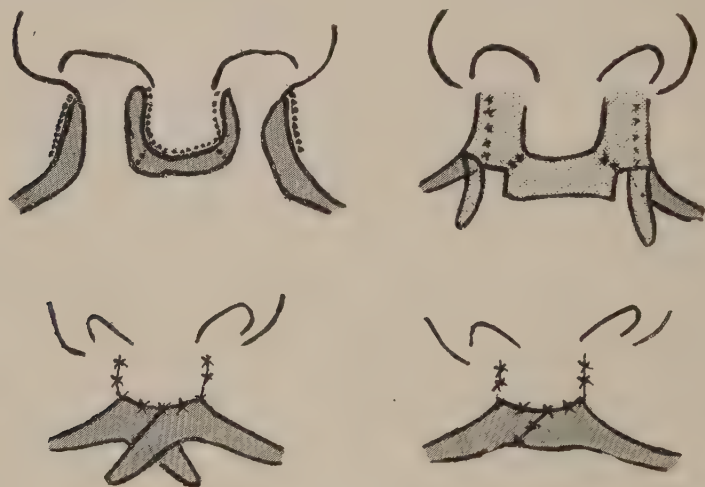


Fig. 23. — Technique d'Esmarch.

le long de la ligne cutanéomuqueuse, mais cette incision n'est pas perforante. Il rabbat en arrière ce lambeau d'avivement qu'il divise en trois segments, deux latéraux et un inférieur.

Les segments latéraux sont suturés au bord postérieur muqueux des lèvres latérales. Puis les bords cutanés des fentes labiales sont suturés entre eux. Quant aux lambeaux

muqueux des lèvres latérales ils sont rabattus en dedans et suturés en haut au bord inférieur cutané du tubercule médian, en arrière au bord inférieur muqueux du lambeau d'avivement inférieur.

Ce procédé part d'un principe que nous croyons excellent. Cependant le résultat obtenu nous paraît devoir être défectueux.

a) La ligne cutané-muqueuse doit toujours laisser beaucoup à désirer au niveau du tubercule cutané médian pour les raisons indiquées plus haut.

b) Le bord libre de la muqueuse nous semble difficile à constituer avec des incisions qui sont obliques. Il est très probable qu'il se forme soit une encoche, soit une saillie.

c) Les incisions verticales se rétractant fatalement, il s'en suivra une irrégularité de la ligne cutané-muqueuse.

C'est ce qu'ont dû constater les chirurgiens qui ont employés ce procédé.

Technique de Ferger (1891) (fig. 24). — Son procédé est à peu près identique à celui d'Esmarch. La différence réside dans ce fait qu'il ne suture pas les lambeaux muqueux des lèvres latérales au bord inférieur cutané du lobule médian mais rapproche les lèvres latérales au devant de ces lambeaux et les suture l'une à l'autre sur la ligne médiane.

Il nous semble bien difficile de rapprocher les points *a* et *a'*. C'est pour éviter le tiraillement considérable que ce rapprochement entraînerait, que tous les auteurs ont fait des incisions libératrices dans la peau des lèvres latérales.

Technique de Ferguson (1908) (fig. 25). — Ferguson au

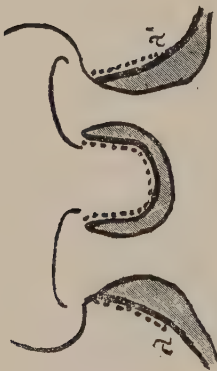


Fig. 24 — Technique de Ferguson

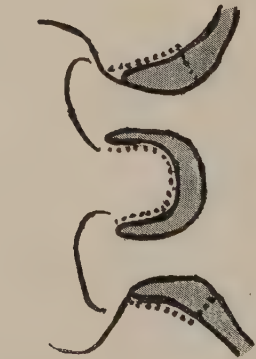


Fig. 25 — Technique de Ferguson

lieu de faire sur les lèvres latérales des lambeaux muqueux à base inférieure, les fait à charnière postérieure et les suture au segment latéral correspondant du lambeau d'avivement du tubercule cutané.

On peut faire à ce procédé les mêmes reproches que pour la technique précédente.

Conclusions. — En résumé, à tous les procédés classiques, on doit préférer ceux qui conservent la totalité des téguments et qui s'efforcent d'avoir un bon muscle bien vivant. Ce n'est qu'à ces conditions que l'on aura une lèvre presque normale.

CHAPITRE III

Technique Opératoire

Un grand nombre de chirurgiens veulent, dans la même intervention, rétablir la forme du nez et de la lèvre. Nous croyons que c'est une erreur. Chez les enfants très jeunes, toujours peu résistants on court à un échec parfois pour la vie, presque toujours pour la forme.

M. Jalaguier nous a appris qu'il fallait, dans une première intervention, refouler l'os intermaxillaire et rapprocher les parties molles ; ce n'est qu'au cours d'une deuxième opération que l'on pourra refaire définitivement la lèvre.

Le choc opératoire devient beaucoup moins considérable et permet ainsi d'abaisser notablement l'âge de la première intervention.

A quel âge faut-il opérer ces enfants ?

Nous ne rappellerons pas les nombreuses discussions qui ont eu lieu à ce propos. Ceux que ce sujet intéressent trouveront dans l'article de Bouisson et dans la thèse de Le Coz un exposé complet de la question.

Jusqu'à présent nous avons cru qu'il était convenable de retarder l'opération jusqu'à douze, seize mois malgré l'insistance, toujours pressante, des parents. Sur 17 cas qui ont été entrepris soit par M. Jalaguier soit par M. Veau,

nous n'avons trouvé qu'une mort opératoire : il s'agissait d'un enfant de deux ans mort 4 jours après l'opération d'une scarlatine confluyente.

Cependant nous commençons à croire qu'il serait convenable d'abaisser l'âge de la première intervention. En compulsant les registres de la consultation des Enfants Assistés nous avons recueillis onze cas vus à la naissance ou dans les premiers mois. Un seul de ces enfants est revenu et nous savons que le plus grand nombre est mort avant d'avoir atteint l'âge opératoire. C'est pour cela que nous estimons qu'il serait peut-être utile de ne pas être trop hypnotisé par la mortalité opératoire.

Il y a, en effet, un intérêt considérable à opérer à une période relativement précoce car la difformité faciale s'accroît considérablement avec le temps :

a) L'os intermaxillaire devient plus proéminent. Le tissu osseux qui le constitue devient plus dur ; d'où nécessité d'une résection plus étendue pour sa reposition.

b) Le tubercule médian cutané s'atrophie souvent et la sous-cloison cutanée disparaît.

c) Les lèvres latérales s'écartent, augmentant les fentes labiales, entraînant les ailes du nez.

Dans deux cas très récents M. Veau a opéré des enfants de 1 et 3 mois et nous avons été surpris de la facilité de l'opération et de la bénignité des suites opératoires.

A l'heure actuelle nous pensons que la première intervention pourra être faite à partir de la quatrième semaine si l'enfant est bien portant. La deuxième intervention trois ou quatre mois après.

I. — PREMIÈRE INTERVENTION
REFOULEMENT DE L'INTERMAXILLAIRE
RECONSTITUTION DU NEZ

Au cours de son intervention le chirurgien aura toujours présent à l'esprit les deux principes suivants :

1^o Ne rien faire qui puisse entraver le développement ultérieur du nez, c'est-à-dire respecter aussi scrupuleusement que possible le bord inférieur du vomer. C'est à cette condition seule que la sous-cloison se développera dans la suite ;

2^o Le tubercule refoulé sera maintenu avant tout par la reconstitution d'une sangle musculo-cutanée ; le fil d'argent n'est qu'accessoire.

Soins préopératoires. — Comme pour tout bec-de-lièvre, il est capital de n'entreprendre l'intervention qu'après avoir gardé l'enfant en observation pendant plusieurs jours. Pendant cette période on fera prendre soigneusement la température matin et soir pour être sûr qu'il ne commence aucune maladie.

On profitera de ce temps pour préparer la région opératoire. Il suffit de nettoyer cette région plusieurs fois par jour avec de petits tampons montés et de l'eau bouillie.

La veille au soir on donne à l'enfant un petit lavement d'eau bouillie tiède, presque chaude. Le matin de l'opération l'enfant aura un biberon vers six heures.

Position du sujet. — L'enfant est roulé dans une alèze,



1^{re} Opération. — Incision de la muqueuse sur le bord inférieur du vomer. Cette incision empiète sur la face postérieure du tubercule (partie qui ne se voit pas ici en raison de l'incurvation du tubercule)



Décollement du périoste

il est étendu sur la table, la tête sur un coussin, immobilisé par un aide assis à l'extrémité de la table.

Le chirurgien se met à droite de l'enfant, l'aide à gauche. L'anesthésiste est placé à la tête de l'enfant : il commence l'anesthésie à la compresse puis lorsque celle-ci est assez avancée il la continue avec la soufflerie du thermocautère (1).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1^o *Incision de la muqueuse et du périoste* (planche XVI). — L'incision commence à un centimètre en arrière du niveau des dents, elle empiète donc sur le tubercule.

Elle est longue de trois centimètres.

Incisez d'emblée jusqu'à l'os. l'hémorragie est très minime.

2^o *Décollement du périoste* (planche XVII). — Prenez une sonde cannelée de médecine opératoire, à bout résistant et légèrement coudé. Introduisez-la entre les lèvres de la plaie. Le décollement est facile mais ce qui le complique c'est que le bord inférieur du vomer est en forme de bulle. Prenez garde à ne pas rompre la pituitaire en contournant la bulle vomérienne (2).

Décollez une des faces de la cloison puis l'autre, mais ayez soin de décoller loin en avant vers la pointe du nez que

(1) Cette méthode d'anesthésie est absolument indispensable pour toutes les opérations de bec-de-lièvre et de voile du palais. On en trouvera la technique dans le livre de notre maître Ombrédanne. « Technique chirurgicale infantile », page 18.

(2) Cet accident arrive quelquefois mais il n'a pas d'inconvénient grave.

vous n'atteindrez pas mais vers laquelle vous devez vous diriger.

On ne saurait trop insister sur ce décollement antérieur. Il faut y revenir avec insistance car lorsque le décollement est incomplet on a de la peine à sectionner l'os. Il est d'ailleurs difficile car le périoste est, à ce niveau plus adhérent et on est gêné par la bulle vomérienne. Nous n'avons pas de bons instruments pour faire ce décollement. Les rugines sont trop larges. Le mieux est encore d'employer la sonde cannelée de médecine opératoire. Sur la planche 17 le décollement est fait avec une spatule mousse que M. Veau emploie volontiers.

3^o *Section du col de l'intermaxillaire* (planche XVIII). — Prenez une pince coupante, coudée sur le plat, introduisez-la horizontalement à travers la boutonnière muqueuse, l'extrémité pointue étant dirigée en haut et en avant du côté de la sous-cloison. Rapprochez les manches de votre pince coupante vous allez sectionner le col de l'intermaxillaire. Mais cette section est pénible car l'os est dur, elle n'est même jamais complète du premier coup et il faut souvent achever la fracture en exerçant une très forte pression sur l'intermaxillaire.

Chez les petits enfants (5 à 8 mois) quelques coups de ciseaux courbes facilitent cette fracture. Chez les enfants plus âgés (12 à 18 mois) l'os éburné est plus résistant et il faut avec une pince-gouge enlever pas à pas des débris osseux jusqu'à ce que le refoulement soit possible.

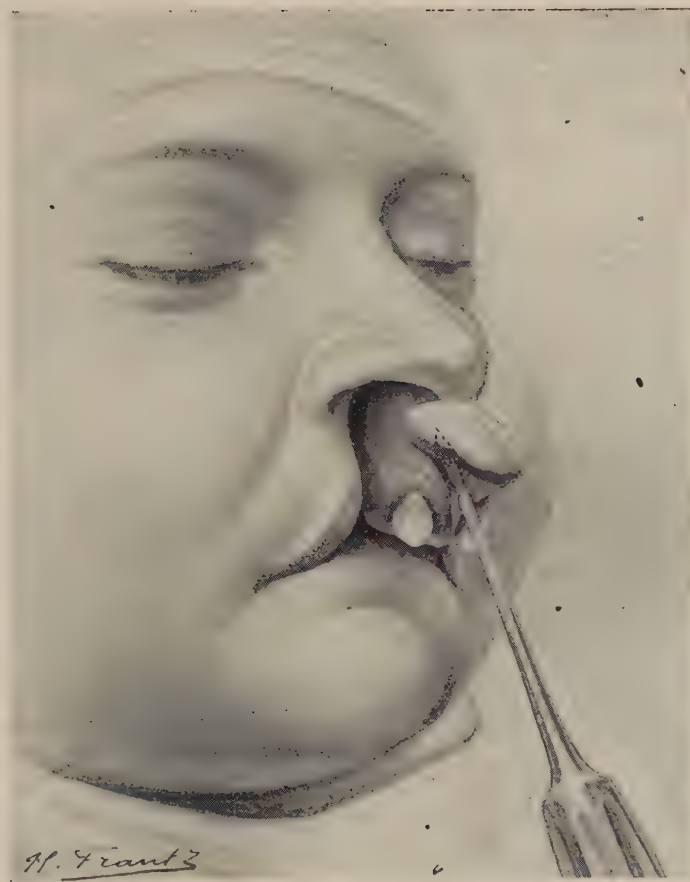
Dans les deux derniers cas, M. Veau acheva cette section avec un ciseau très mince, entré par un orifice ponctiforme entre le tubercule osseux et les téguments. Ce mince ciseau de 2 millimètres de large fut poussé horizontalement dans le col, il le sectionna avec la plus grande facilité. C'est peut-être une méthode qui mériterait d'être généralisée.

Vous avez sectionné le col de l'os intermaxillaire mais celui-ci n'est pas encore assez mobilisable.

Saisissez entre les doigts le tubercule médian et faites-le basculer de façon que sa face antérieure vienne reposer sur



Section du col de l'intermaxillaire



Fixation du tubercule. Le perforateur est introduit au niveau du frein
Il se dirige vers la sous-cloison

le bord antérieur du nez. Vous voyez alors la surface de section du col de l'os (côté intermaxillaire) apparaître entre les deux lèvres de l'incision.

Prenez une pince gouge et abrasez un peu de cette surface cruentée (1).

Cette manœuvre n'est possible que grâce à l'élasticité de la fibro-muqueuse de revêtement du vomer. Elle sera d'autant plus facile que le décollement périosté aura été plus complet.

4^o *Fixation du tubercule refoulé.* — Prenez un perforateur de petites dimensions et introduisez-le au niveau du frein. Poussez-le au ras de l'os, parallèlement à sa face antérieure sur une longueur d'un centimètre environ (planche XIX).

Relevez ensuite le manche du perforateur de façon à lui faire exécuter un mouvement de 90° mais en restant bien exactement dans le plan médian sagittal. Vous l'amenez ainsi perpendiculairement à ce qui sera la face antérieure de l'os intermaxillaire. Le tubercule cutané est, à ce moment, refoulé au-dessus du perforateur et méconnaissable. Il suffit maintenant de pousser le perforateur en arrière. Il sort sur la face postérieure de l'intermaxillaire généralement un peu au-dessus du point où a commencé l'incision de la muqueuse (planche XX).

La grosse difficulté de ce temps est de fixer le tubercule puisque nous avons vu qu'il doit être mobile pour pouvoir être refoulé. En le prenant à pleine main on y arrive sans trop de peine quoique l'os éburné soit assez difficile à traverser chez les enfants âgés.

(1) C'est ce temps qui est le plus dangereux et nous avons un exemple dans lequel un chirurgien des plus qualifié a vu le tubercule lui rester dans les mains.

Prenez un fil d'argent n° 3 et introduisez-le jusqu'en son milieu à travers le perforateur. Ramenez en avant le perforateur, il entraînera le fil d'argent que vous sectionnez ensuite. Vous avez maintenant quatre chefs qu'il faut individualiser avec soin en un fil droit et un fil gauche.

Pour éviter que la striction du fil d'argent ne mortifie la muqueuse antérieure du tubercule, il est préférable de reporter chaque chef antérieur sur les parties latérales. Pour cela prenez une aiguille de Reverdin très légèrement coudée, faites-la pénétrer sur le bord latéral du tubercule et ressortir par l'orifice muqueux créé par le perforateur ; accrochez le chef antérieur correspondant et ramenez-le en dehors (planche XXI).

Reprenez le perforateur et introduisez-le à 6-8 millimètres de la pointe du rebord alvéolaire. Faites-lui perforer ce bord et ramener le chef postérieur du fil correspondant. Faites de même de l'autre côté.

Chaque fil a maintenant ses deux chefs en avant. Il suffira de les nouer pour que le tubercule se trouve refoulé.

Il arrive quelquefois, surtout chez les enfants âgés que le tubercule, du fait du développement des dents, a un diamètre plus grand que la fente des lames palatines. Il suffit d'enlever les dents du tubercule pour obtenir le refoulement complet de l'intermaxillaire. D'autres fois le tubercule est moins large que l'écart des lames, on fixera alors l'intermaxillaire au contact d'un des bords de la fente.

L'idéal que l'on se propose est d'obtenir une soudure osseuse de l'intermaxillaire avec les lames palatines. Pour faciliter cette soudure il est bon de faire un avivement de chaque côté de la fente. On enlève ainsi une surface muqueuse d'un centimètre carré (planche XXII). Mais il ne faut faire



Fixation du tubercule. Le perforateur est relevé, sa pointe se dirige en arrière elle est sortie sur la face postero-inférieure du tubercule. Un fil d'argent est passé par le milieu.



Fixation du tubercule. L'aiguille de Reverdin est armée avec le chef
antérieur du fil correspondant

cet avivement qu'au moment de lier les fils d'argent car il est très difficile de savoir d'avance quel sera le segment du tubercule qui sera en contact de la pointe des lames palatines.

La ligature des fils doit être suffisante pour maintenir les os au contact sans être exagérée. Le fil peut être tordu ou noué.

Le grand obstacle à la soudure de l'os c'est que l'enfant qu'on opère ne demande qu'à têter et sa langue exerce des pressions continues sur le tubercule qu'il refoule. Dans le but de l'immobiliser nous avons dans un cas appliqué une fronde faite avec un tube de caoutchouc qui passait exactement sous la saillie du nez et exerçait une très faible pression.

5° *Avivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales* (planche XXIII).

Dans ce temps nous ne nous proposons pas de refaire une lèvre définitive nous n'avons que le but de créer une sangle des parties molles en avant du tubercule refoulé. Nous avons l'impression que ce moyen de contention du tubercule est beaucoup plus important que la ligature profonde par les fils d'argent.

a) *Avivement des deux berges sous-narinaires.*

Saisissez le rebord muqueux d'une lèvre latérale à sa partie la plus supérieure avec une pince à disséquer à griffes puis avec le bistouri incisez de part en part la lèvre en suivant la ligne cutané-muqueuse sur une longueur d'un centimètre, un centimètre et demi. Faites de même sur le tubercule cutané au niveau du côté correspondant.

Avivez de la même façon l'autre fente labiale. Ces quatre lambeaux muqueux sont rabattus en bas, ils seront suturés entre eux tout à l'heure.

b) *Passage du fil de soutien* (planche XXIV).

Nous avons l'habitude de mettre un gros fil d'argent qui prend en :

masse la totalité de la lèvre et est nouée sur la muqueuse. Ce fil d'argent permet de supprimer les crins de soutien que l'on a l'habitude de mettre sur la zone cutanée et qui ont l'inconvénient de couper, laissant de très laides cicatrices. Le fil d'argent ne coupe pour ainsi dire pas et, d'autre part, comme il pénètre dans la lèvre au niveau de la muqueuse il ne laisse aucune trace de son passage.

Prenez une aiguille de Reverdin très courbe ou une aiguille de Doyen. Faites-la pénétrer sur le bord inférieur de la muqueuse d'une lèvre latérale à un bon centimètre en dehors de la base du lambeau muqueux d'avivement. Dirigez-la d'abord très en dehors puis en haut, faites-la passer sous l'aile du nez puis apparaître dans la surface d'avivement. Accrochez un gros fil d'argent et ramenez un de ses deux chefs.

Prenez une aiguille de Reverdin droite, faites-lui traverser d'un côté à l'autre le tubercule médian cutané mais le plus haut possible. Il ramena l'autre chef du fil d'argent.

Reprenez votre aiguille de Doyen et faites-lui décrire sur la deuxième lèvre latérale le même trajet que sur la première.

Finalement vous nouez votre fil, sans trop serrer, sous le bord inférieur du tubercule cutané médian. On est toujours étonné de voir avec quelle facilité les parties latérales très écartées peuvent être ramenées au contact du tubercule cutané sans aucun décollement.

c) Suture des zones d'avivement.

Il suffit de mettre de chaque côté 2 ou 3 crins fins pour affronter les surfaces cruentées.

Soins post-opératoires. — Il est d'une importance capitale d'empêcher l'enfant de porter ses mains sur la région opératoire. On y arrive facilement en introduisant entre le membre supérieur et la camisole du petit malade un rouleau de carton



Avivement et suture de la partie supérieure des deux fentes labiales.

qui allant de l'épaule au poignet empêche la flexion du coude. Le carton doit être fixé avec une épingle de sûreté à la camisole pour éviter qu'il ne descende.

Pendant la journée il suffit de couvrir la tête de l'enfant avec une compresse stérilisée. Toutes les deux ou trois heures on fait un nettoyage de la région avec un tampon monté stérilisé et du sérum artificiel.

Pendant la nuit il est préférable de maintenir sur la région opératoire une compresse imbibée de sérum fixée par une fronde en tarlatane.

Presque toujours il se fait un gonflement du tubercule et de la lèvre qui disparaît en deux ou trois jours. Il ne faut pas s'effrayer de voir la température de l'enfant monter à 39° ou 40° dès le premier soir. Cette hyperthermie ne devient inquiétante que si elle dure plus de deux ou trois jours car les enfants qui ont de la fièvre ne collent pas.

Pendant la première journée on donnera à l'enfant toutes les 3 heures une cuiller à café de la potion suivante :

Bromure de potassium	{ aa 0.75.
Bromure de sodium.....	
Eau de Laurier Cerise	5 grammes.
Sirop de Diacode	30 grammes.
Eau bouillie	Q. S. p. 90 cent. cubes

Si l'enfant est très agité dès le réveil, on lui donnera aussitôt un lavement composé de :

Hydrate de chloral	30 centigr.
Jaune d'œuf.....	un demi.
Eau bouillie	150 cent. cubes.

On peut commencer à redonner du lait à l'enfant très vite après l'opération, mais il faut pour cela se servir exclusivement d'une cuiller (ne jamais donner le sein ou le biberon) tant que les fils n'auront pas été retirés. En général, on enlève les petits crins d'affrontement le cinquième ou le sixième jour (plus tôt s'ils coupent) et le gros fil de soutien de la lèvre du dixième au douzième jour.

Quant au fil qui maintient refoulé l'os intermaxillaire, il est généralement bien toléré. Il n'est pas rare de ne l'enlever qu'au début de la deuxième intervention. Lorsqu'il coupe il faut le retirer au bout de quelques jours.

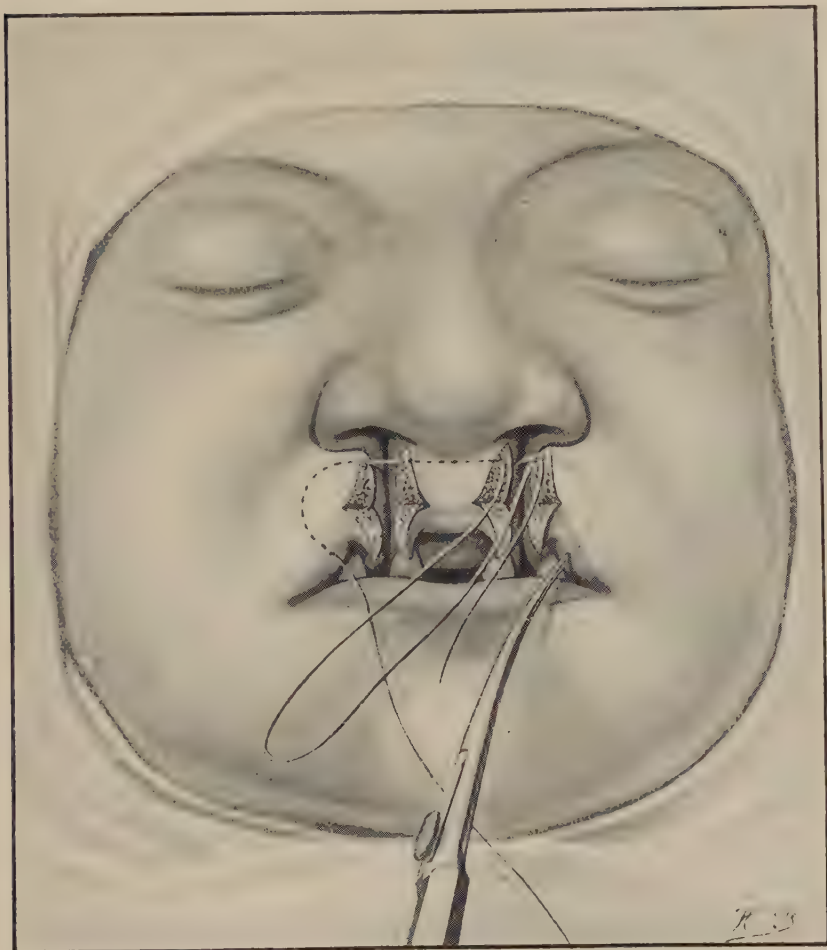
II. — DEUXIEME INTERVENTION REFECTION DE LA LEVRE

Cette deuxième opération doit être faite environ trois mois après la première. Si on a pu faire celle-ci dès la quatrième semaine on se trouvera à opérer avant l'apparition des premières dents. En pratique, on a souvent à intervenir chez des enfants plus âgés et dans ce cas il faut prendre soin d'opérer entre deux poussées dentaires si l'on veut éviter de gros ennuis.

Au cours de l'intervention l'opérateur devra toujours respecter les trois principes suivants :

1^o Ne jamais faire d'incision le long de la ligne cutanéomuqueuse pour éviter les inclusions muqueuses.

2^o Ne jamais réséquer les lambeaux d'avivement, mais



Passage du gros fil de soutien de la lèvre

les basculer en arrière pour étoffer le plus possible la muqueuse de la face postérieure de la lèvre.

3° Reconstituer le muscle orbiculaire par des points de rapprochement profond et surtout par un affrontement cutané très minutieux.

Soins préopératoires. — Ils sont les mêmes que pour la première intervention.

Nettoyage pendant plusieurs jours de la région opératoire. Surveillance de l'état du nez et de la santé générale pour éviter d'opérer au début d'une rhinite ou d'une maladie générale.

Position du sujet. — La même que pour la première opération.

Il est utile d'avoir un deuxième aide qui aura pour fonction de maintenir les lèvres tendues d'abord avec des pinces, puis avec les fils d'affrontement. Avant de commencer l'opération on mettra une compresse stérilisée dans le vestibule buccal pour éviter que le sang ne tombe dans le pharynx et ne soit dégluti.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1° *Avivement du tubercule médian* (planche XXV). — Placez tout d'abord deux petites pinces de Kocher sur le bord inférieur de la muqueuse près des deux encoches latérales. Confiez celle de gauche à votre aide et tenez celle de droite.

Tracez avec le bistouri la ligne *cb* en ayant bien soin :

a) que cette ligne passe à distance de la ligne cutanéomuqueuse ;

b) que les points *c* et *b* soient voisins de cette ligne mais restent quand même en plein tissu cutané ;

c) et surtout que la pointe du bistouri ne pénètre pas à plus de 2 millimètres de profondeur ; elle ne doit sectionner que la peau.

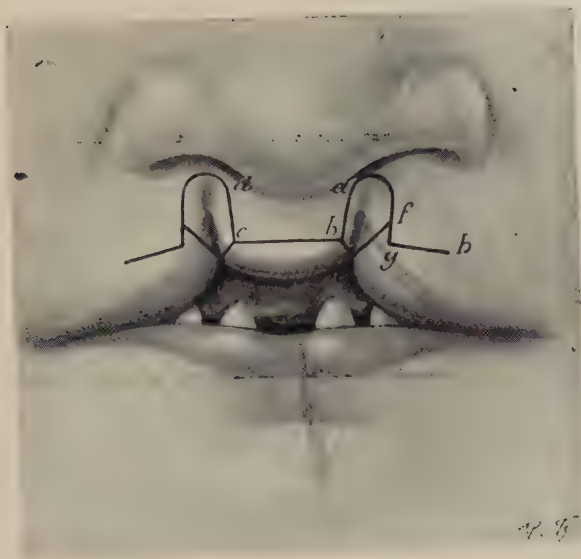
Lorsque vous êtes arrivé en *b* tournez le tranchant du bistouri en bas et en dehors et incisez jusqu'au bord inférieur de la muqueuse, en ayant soin que l'angle formé en *b* soit très net.

Reportez-vous en *c* et faites de même.

Saisissez maintenant avec une pince à disséquer à griffes la lèvre inférieure de l'incision au niveau du point *c*. Tendez-la vers le bas. Puis prenant le bistouri que vous tiendrez comme un porte-plume et faisant avec le plan de la face antérieur du tubercule un angle de 40° environ, portez-le progressivement de *c* vers *b*. L'incision baille cette fois largement. Repassez votre bistouri plusieurs fois en le tenant de plus en plus verticalement. Peu à peu le lambeau se dédouble et vous allez pouvoir le rabattre en bas. Il importe, pendant tout ce temps, de ménager avec soin le muscle peaucier qui devra toujours être laissé dans le tubercule.

En examinant avec soin la figure 26 on comprendra facilement que l'incision d'abord perpendiculaire au tubercule lui est ensuite presque parallèle ; les tissus se rétractant cette surface de section devient à peu près plane et le lambeau rabattu ne contient plus finalement que la muqueuse.

Pour terminer l'avivement du tubercule médian, tracez les incisions *ab*, *dc*. La section sera ici plus profonde mais



2^e opération. Tracé des incisions.



Etat de la lèvre après dissection des lambeaux

en aucun cas le bistouri ne doit ressortir sur la face posté-

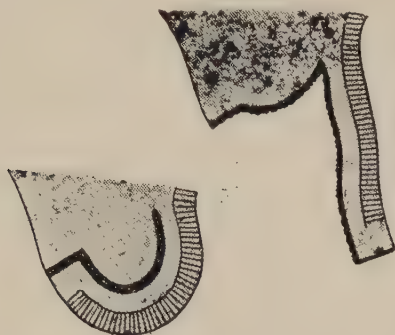


Fig. 26. — Coupe schématique du tubercule median. pour montrer le trajet que suit dans la profondeur le bistouri qui dédouble le lambeau d'avivement.

rieure du tubercule ; la muqueuse buccale devant être respectée.

2^o *Taille des lambeaux latéraux.* — Avec une pince à griffes saisissez le bord inférieur de la muqueuse un peu en dehors de l'union d'une lèvre latérale avec le tubercule médian ; tendez-la de façon que le rebord muqueux ne présente pas de plicatures. Portez le tranchant du bistouri juste en dedans de votre pince et incisez à fond toute l'épaisseur de la lèvre suivant la ligne *ef*.

Cette ligne *ef* comprend la totalité de la hauteur de la muqueuse plus deux millimètres environ de peau. Elle doit commencer à l'union du tubercule médian avec la lèvre latérale et être autant que possible perpendiculaire à la ligne cutanéomuqueuse. Le point essentiel c'est de garder tout ce qu'on peut de muqueuse même si l'on transgresse les principes que nous posons.

Arrivé en *f* retirez légèrement votre bistouri de façon

que sa pointe n'intéresse plus la muqueuse postérieure, puis tournez sa lame de 140° de façon qu'elle soit dirigée en bas et en dehors.

Tracez la ligne *fg* qui est longue de 3 millimètres et qui se rapproche de la ligne cutané-muqueuse mais *sans jamais empiéter sur cette ligne*, puis la ligne *gh* qui s'éloigne progressivement de la ligne cutané-muqueuse. Cette incision est d'abord profonde en *fg* sans toutefois intéresser toute l'épaisseur de la lèvre, en *gh* elle devient de plus en plus superficielle. Elle passe en plein muscle que l'on voit et que l'on reconnaît dans la profondeur.

Le petit lambeau cutané délimité entre *cf* et *fg* a pour but de donner à la partie médiane de la lèvre une petite saillie qui contribue singulièrement à en accroître la beauté. Un point très important c'est que les 2 lignes *fg* aient la même longueur de chaque côté. La longueur de la ligne *gh* n'a aucune importance : elle est destinée à diminuer la tension de la suture des lambeaux latéraux. On peut toujours l'allonger à la fin de l'opération si elle n'est pas suffisante d'emblée. La longueur des 2 lignes *gh* peut être différente sans aucun inconvénient.

Après avoir taillé une des lèvres, faites les mêmes incisions sur l'autre lèvre latérale. Il vous faut ensuite réséquer la zone cicatricielle qui marque la suture des fentes labiales que vous avez faite dans la première intervention. Revenez au point *f* et tracez la ligne *fa* qui est d'abord verticale puis devient curviligne au niveau du seuil narinaire. Ayez bien soin en traçant cette incision de *ne pas toucher la muqueuse postérieure buccale qui doit être respectée*. Saisissez le segment ainsi circonscrit et réséquez prudemment ses couches superficielles.

Vous avez, lorsque toutes les incisions sont faites, la



Suture des muscles



Suture de la peau Passage du point le plus important
celui qui unit les deux moitiés de la ligne cutanéomuqueuse.

vaste plaie représentée planche XXVI. Sur celle-ci vous voyez en dehors des muscles rouges bien saignants, en dedans le tissu pale méconnaissable du muscle atrophié du tubercule. Placez une pince de Chaput sur la partie médiane du lambeau inférieur du tubercule et comme c'est un tissu éminemment élastique il s'étire en un triangle que vous n'utiliserez qu'à la fin.

3^o *Suture des muscles* (planche XXVII).

On ne saurait prendre trop de soins à ce temps capital. De lui dépend l'homogénéité de la lèvre. Il faut que la suture porte à la fois sur les parties latérales et sur la partie intérieure du tubercule. Il faut employer un catgut très fin n^o 000 avec la plus fine aiguille appropriée.

Sur les parties latérales du tubercule, placez de chaque côté deux points en ayant soin de prendre une bonne masse de muscle en dehors, ce qui est facile, et une masse presque équivalente en dedans ce qui est beaucoup plus difficile. Les points placés vous serez frappé du rapprochement obtenu.

Pour terminer la suture des muscles, placez un fil réunissant la face supérieure de chaque lambeau latéral à la face inférieure du tubercule médian.

4^o *Suture de la peau* (planches XXVIII et XXIX). —

A ce moment les lèvres sont au contact et la suture de la peau n'est plus qu'un rapprochement très minutieux mais ne présentant aucune difficulté. Servez-vous de préférence de la soie et de l'aiguille à suture vasculaire. Le premier point est capital c'est le seul important. Vous n'y porterez jamais trop d'attention. Il doit être placé exactement sur la ligne cutanéomuqueuse de chaque côté. Gardez soigneusement ce fil comme point de repère.

Suturez ensuite le bord inférieur du tubercule aux deux lambeaux latéraux, puis les lèvres latérales au tubercule médian.

La partie inférieure de la lèvre est toujours tendue tandis que le peau du tubercule est plus lâche. Il arrive généralement que cette traction de la lèvre est telle que l'extrémité *h* de l'incision de débridement vient au contact du pôle inféro-latéral du tubercule (*c* ou *b*) et que l'on n'a pas à placer de points verticaux comme cela est représenté planche XXIX.

5^o *Suture de la muqueuse* (planche XXX). — La suture de la muqueuse n'a pas l'importance de celle de la peau. Quoiqu'on fasse, il n'y a jamais de cicatrice sur la muqueuse. Vous pouvez employer ici des crins fins.

Au-dessous du point de suture cutanéomuqueux (le premier placé et qui sert de repère) les deux lambeaux latéraux s'écartent l'un de l'autre délimitant un V à pointe supérieure. Mettez deux points reliant les deux lambeaux latéraux ; mais il est indispensable que ces points soient profonds prenant muqueuse et muscles sous-jacents, car si vous ne preniez que la muqueuse les muscles se rétracteraient en dehors et vous auriez fatalement une encoche médiane du bord inférieur de la muqueuse.

Ces deux points mis vous verrez que la muqueuse baille encore vers le bord inférieur et particulièrement sur toute la face postérieure. Mais vous allez pouvoir fermer cet espace avec le lambeau muqueux du tubercule médian.

Saisissez chaque lèvre latérale avec une pince de Chaput. Rabattez ces pinces vers le front et faites-les tenir par l'aide. La lèvre est maintenant visible par sa face postérieure et il vous est facile de suturer la muqueuse, ainsi que cela est



Suture de la peau. Etat définitif



Suture de la muqueuse.

représenté planche XXX en ayant soin d'éverser la lèvre interne qui a grande tendance à se recroqueviller.

Soins post-opératoires. — Les mêmes qu'après la première intervention.

III. — ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES

1^o **Désunion.** — Il peut arriver que tout lache après la première intervention (suture du tubercule refoulé), On n'a plus qu'à recommencer un mois ou deux plus tard. Généralement le tubercule est resté mobile et cette deuxième opération se fait dans de meilleures conditions.

Il arrive beaucoup plus souvent qu'un côté tient et que l'autre lache. L'enfant se présente exactement comme s'il était né avec un bec-de-lièvre complexe d'un côté et incomplet de l'autre.

On peut soit resuturer la fente labiale qui a lâché avant de restaurer définitivement la lèvre, soit faire cette réfection en une seule fois. Dans ce cas il faudra garder soigneusement la zone d'avivement du bord latéral du tubercule et celle de la lèvre latérale, les rabattre en arrière, puis les suturer l'une à l'autre pour étoffer la face postérieure de la lèvre.

2^o **Étalement du nez.** — Cet accident se voit surtout après la première intervention et il est facile de le corriger au cours de la deuxième intervention. Il suffit pour cela de brancher sur la ligne d'avivement de la lèvre latérale une incision profonde suivant le sillon naso-génien puis après décollement étendu de toute l'aile du nez, après résection

du seuil narinaire (*fig. 27*) à venir suturer cette aile du nez à la sous-cloison préalablement avivée.

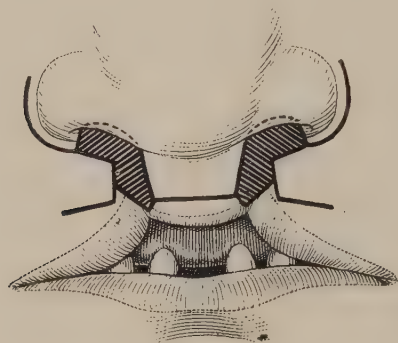


Fig. 27. — Tracé des incisions lorsqu'il y a étalement des ailes du nez
La portion hachurée indique la zone à réséquer.



Fig. 28. — Le résultat obtenu après le rapprochement et la suture

Le résultat que l'on obtient est représenté figure 28.

IV. — TRAITEMENT ULTÉRIEUR

L'œuvre chirurgicale terminée il faut pour la parfaire améliorer deux fonctions presque toujours insuffisantes : la phonation, la mastication.

1^o **La phonation** laisse toujours à désirer. Nous laissons tout à fait de côté les troubles phonétiques dus au mauvais voile, nous n'envisageons que ceux qui sont liés à une mauvaise lèvre et l'absence des incisives supérieures.

L'articulation des consonnes dites labiales B et P exige un bon fonctionnement des lèvres. Il faudra donc développer l'appareil musculaire de cette lèvre, l'assouplir et la rendre plus active. On y arrivera par la mécanothérapie. La lèvre sera massée régulièrement et l'enfant la mobilisera au maximum. On lui fera faire la moue, des grimaces, on lui fera passer la langue derrière la lèvre supérieure et exagérer la position à donner aux lèvres pour l'obtention des voyelles.

Les consonnes dites dentales F, V, S, ne sont bien prononcées que s'il existe des incisives. On sera ainsi obligé de lui faire porter un appareil de prothèse dentaire, mais il est inutile d'y avoir recours avant que la deuxième dentition ne soit effectuée.

2^o **La mastication** est parfois défectueuse. En effet, les deux maxillaires supérieurs sont atresiés et même lorsque le tubercule médian a été refoulé en bonne place, l'arcade dentaire supérieure ne débord pas l'arcade inférieure comme normalement. Il n'y a pas engrènement des dents et l'articulé est défectueux.

Le traitement sera orthodontique lorsque l'écart entre les deux arcades n'est pas trop grand. Ce traitement est toujours très long.

Dans les autres cas on aura recours à un appareil dentaire. Celui-ci est d'ailleurs presque toujours nécessaire au niveau de la région incisive.

CHAPITRE IV

Correction des Imperfections consécutives aux techniques classiques

Il arrive fréquemment de voir des sujets opérés par d'autres chirurgiens qui viennent vous trouver et vous demandent de corriger certaines imperfections qui persistent après la restauration.

Ce chapitre de la correction des imperfections est considérable. Nous ne ferons qu'effleurer ce sujet sans entrer dans le détail.

Ces imperfections peuvent porter sur le nez et sur la lèvre.

I. — IMPERFECTIONS DU NEZ

1° Saillie normale du nez, bonne sous-cloison, seuls les orifices narinaux sont élargis par étalement des ailes du nez. — La réparation consistera à rapprocher les ailes du nez de la sous-cloison. On emploiera pour cela le procédé de Berger ou l'un de ses dérivés : Le Dentu, Kuster, Ombredanne. Le principe directeur sera donc de séparer l'aile du nez de la joue par une incision profonde puis après décollement très étendu et résection du seuil narinare, à suturer l'aile du nez à la sous-cloison avivée.

2^o **Nez aplati dans son ensemble, sous-cloison insuffisante, narines étalées** : déformation consécutive au Blandin Mirault.

Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'intervenir dans un cas de ce genre. Voici ce que nous nous proposons de faire :

Incision commençant un peu en arrière de la pointe du nez, longeant la sous-cloison, se portant en dehors le



Fig. 29. — Tracé de l'incision.

long du seuil narinaire, puis se continuant dans le sillon naso-génien. Même incision de l'autre côté (*fig. 29*).

Décollement large et profond de l'aile du nez et du seuil narinaire de chaque côté.

Au niveau de la sous-cloison décollement muco-périosté sur les deux faces de la cloison de façon à bien isoler celle-ci.

Section verticale de la cloison commençant en bas à l'épine nasale antérieure et s'étendant en haut jusqu'au bord antérieur du nez (*fig. 30*).

Interposition entre les deux segments de la cloison d'une greffe de cartilage costal de forme triangulaire à base infé-

rière et dont les dimensions dépendront de l'aplatissement du nez.

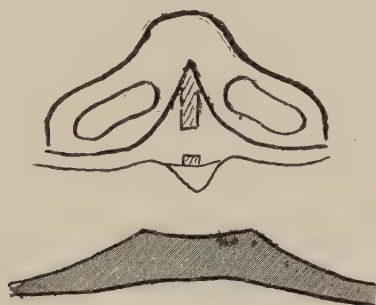


Fig. 30. — Après décollement du nez et section verticale de la cloison.

Suture entre elles des deux incisions divergentes en refoulant en arrière le lambeau triangulaire qu'elles délimitent, de façon à allonger la sous-cloison et à diminuer l'étalement du nez (fig. 31).



Fig. 31. — Le résultat final.

Nous espérons par ce procédé arriver à corriger la déformation consécutive à l'opération de Blandin Mirault.

3° Pointe du nez bridée, les orifices narinaux ne s'étendent

pas assez en avant. — Cette imperfection étant bilatérale n'entraîne pas un aspect très disgracieux. Nous n'avons pas encore vu un sujet nous demander de la corriger.

Il nous semble que l'on pourrait, dans ce cas, employer de chaque côté un procédé que nous avons vu utiliser pour le bec-de-lièvre unilatéral par notre maître Ombredanne, et qu'il a récemment décrit dans un article de la Presse Médicale :

Taille au niveau de l'extrémité antérieure de l'orifice narinaire d'un bloc prismatique triangulaire à la fois cutané et cartilagineux puis suture de la lèvre postérieure de l'incision au lobule du nez.

II. — IMPERFECTIONS DE LA LEVRE

1^o Encoche médiane du bord inférieur de la muqueuse. — C'est de beaucoup l'imperfection la plus fréquente que nous ayons eu l'occasion d'observer.

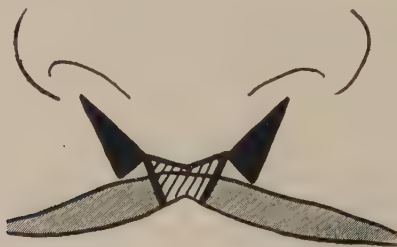


Fig. 32.

Correction de l'encoche médiane du bord inférieur de la muqueuse. Les 2 triangles en noir représentent la zone cutanée à réséquer.

La zone couverte de hachures est le segment muqueux à dédoubler puis à rabattre en arrière.

La réparation de cette lésion demande une intervention qui se rapproche beaucoup de la technique de restauration de la lèvre, telle que nous l'avons décrite plus haut (*fig. 32*).

Il faut :

a) dédoubler le segment médian muqueux qui manque de hauteur ; on rabat en arrière le lambeau ;

b) réséquer de chaque côté un triangle de tissu cutané comme cela est représenté sur la figure

c) rapprocher les deux lambeaux latéraux et les suturer au devant du lambeau muqueux médian rabattu en arrière.

2° Inclusion muqueuse autour du tubercule médian. —

La correction est facile. Il suffit de circonscrire la zone à réséquer par une incision passant nettement en tissu cutané puis à suturer les deux bords de l'incision.

3° **Lèvre aplatie.** — Cette difformité, presque constante avec tous les procédés classiques, est impossible à faire disparaître définitivement. On ne peut que la corriger par un appareil de prothèse.

« Celui-ci aura pour but de reconstituer l'arcade dentaire et de dilater la lèvre. C'est un simple dentier qui porte à sa partie antérieure une plaque verticale de caoutchouc. Cette plaque s'insinue entre la lèvre supérieure et la paroi vestibulaire du maxillaire supérieur. Il est donc nécessaire que la lèvre ne soit pas soudée au tubercule médian. L'épaisseur de cette plaque pouvant être augmentée au fur et à mesure ; la dilatation de la lèvre sera ainsi obtenu progressivement. » (Ruppe).

Observations

OBSERVATION I

Germaine Sam..., deux ans. Opérée par M. Jalaguier.

1^{re} opération, janvier 1900. — Fracture du col de l'intermaxillaire. Refoulement.

2^e opération, janvier 1900. — Libération au thermoc des deux lèvres. Avivement en carré du bourgeon cutané médian. Réfection de la lèvre suivant la technique Jalaguier.

3^e opération, 1906. — Rétrécissement des orifices narinaux par le procédé de Berger.

Pièces justificatives : photographie de face après traitement.

Le nez est très bien sauf les orifices narinaux qui sont un peu larges.

La lèvre supérieure présente : une ligne cutanéomuqueuse excellente, une apparence cicatricielle de la zone cutanée, une encoche médiane sur le bord inférieur de la muqueuse.

OBSERVATION II

Césaire Co... trois ans. Opéré par M. Jalaguier.

1^{re} opération, mai 1901. — Section sous-périostée du col de l'intermaxillaire faite au marteau et au maillet. Avivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales.

2^e opération. — Avivement du lobule médian et réfection de la lèvre suivant la technique de M. Jalaguier.

Pièces justificatives : deux photographies avant l'intervention.

L'enfant est mort de méningite tuberculeuse un an après la suture de la lèvre.

OBSERVATION III

Oscar B... H..., deux ans. Opéré par M. Jalaguier.

Opération, avril 1902. — Résection sous-périostée d'un coin du vomer. La réduction ne se faisant pas : incision de la peau du lobule médian et section du col de l'intermaxillaire ; le refoulement devient alors facile. Avivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales.

Deux jours après l'intervention éruption scarlatineuse confluente. Mort au quatrième jour.

Nous publions ce cas, malgré l'absence de pièces justificatives, car il montre que tandis que le refoulement n'avait pu être obtenu par le Blandin Mirault, il devint très facile par la section du col de l'intermaxillaire.

OBSERVATION IV

André Tr... quinze mois, opéré par M. Jalaguier.

1^{re} opération. — Avril 1904. — Résection sous-périostée d'un coin du vomer.

Refoulement de l'os intermaxillaire.

Vivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales.

2^e opération, 1905. — Réfection de la lèvre par le procédé de M. Jalaguier.

3^e opération, 1909. — a) correction de l'étalement des narines par le procédé de Berger ;

b) correction de la lèvre supérieure (encoche médiane du bord inférieur de la muqueuse). On résèque un triangle cutané à base inférieure. Cette base étant à un millimètre au-dessous du bord cutané-muqueux. Suture verticale.

Pièces justificatives : deux photographies montrant le résultat obtenu après traitement. :

a) de profil : nez aquilin, sous-cloison très saillante, déformation typique de la résection cunéiforme du vomer. Lèvre légèrement aplatie, la portion muqueuse ne présente pas l'exubérance normale ;

b) de face : nez aplati et étalé. Lèvre non bridée mais d'apparence cicatricielle. La ligne cutané-muqueuse présente une légère irrégularité à gauche, près de la ligne médiane.

OBSERVATION V

René Deb... 3 ans 1^{er}2. Opéré par M. Jalaguier.

1^{re} opération, octobre 1901. — Résection sous-périostée d'un coin du vomer.

Suture de l'os intermaxillaire sur le côté droit de la fente.

2^e opération, janvier 1905. — Réfection de la lèvre par le procédé de M. Jalaguier.

3^e opération, avril 1910. — a) pour corriger l'étalement des narines on fait une incision libératrice contournant l'aile du nez et on résèque un coin cutané à base supérieure, à sommet inférieur au niveau de l'entrée de la narine.

b) pour remédier à l'encoche médiane qui existe sur le bord inférieur de la muqueuse on enlève dans toute l'épaisseur de la lèvre un coin triangulaire à base inférieure parallèle au bord cutané-muqueux et situé à 2 millimètres au-dessus de lui. Le sommet est à 5 millimètres plus haut. Suture verticale.

Pièces justificatives : photographies et dessins. Les photographies après traitement montrent :

De profil : le nez est bien, la lèvre supérieure est aplatie mais cet aplatissement est corrigé par un appareil dentaire. Le segment muqueux de la lèvre n'a pas l'exubérance normale.

De face : apparence cicatricielle de la lèvre.

OBSERVATION VI

Christian Vac... dix-sept mois, opéré par M. Jalaguier.

1^{re} opération, mai 1906. — Résection sous-périostée d'un coin du vomer.

Décollement des deux lèvres externes.

Avivement et suture de la partie supérieure des deux fentes labiales.

2^e opération, décembre 1907. — Réfection de la lèvre par le procédé de M. Jalaguier.

Mort en mai 1908 de méningite.

Pièces justificatives : moulages de Jumelin.

Avant traitement : le tubercule médian est appendu à la pointe du nez, sa saillie dépasse fortement en avant celle du nez. La sous-cloison est à peine ébauchée.

Après la première opération le nez est très aplati, la pointe fortement bridée. La lèvre est bien.

Après traitement : nez très aplati, sous-cloison très saillante, déformation typique du Blandin-Mirault. La lèvre est bien, elle est même un peu exubérante à sa partie inférieure.

OBSERVATION VII

Pierre Bou... deux ans et demi. Opéré par M. Jalaguier.

1^{re} opération, octobre 1907. — Résection sous périostée d'un coin du vomer.

Décollement des deux lèvres externes.

Avivement et suture de la partie supérieure des deux fentes labiales.

2^e opération, mars 1909 — Réfection de la lèvre suivant la technique Jalaguier

3^e opération, juillet 1911. — Correction de l'étalement des narines par une incision profonde dans le sillon naso-jugal ; la pointe du lambeau est suturée sur la cloison.

Pièces justificatives : photographies et dessins.

Avant traitement : le tubercule médian est verticalement appendu à la pointe du nez, il est tordu à droite. Le tubercule cutané est peu développé. La sous-cloison est à peine ébauchée. Les narines sont très étalées.

Après traitement : le nez est aplati et surtout très bridé, il n'y a pour ainsi dire pas de sous-cloison. Les narines sont encore étalées. C'est la déformation typique de la résection cunéiforme du vomer.

La lèvre est très aplatie et même bridée. Bonne ligne cutanéomuqueuse.

OBSERVATION VIII

Yvonne San... seize mois. Opérée par M. Jalaguier.

1^{re} opération, décembre 1907. — Résection sous-périostée d'un coin du vomer.

Décollement au thermo des deux lèvres externes.

Avivement et suture de la partie supérieure des deux fentes labiales.

2^e opération. mai 1908. — Réfection de la lèvre suivant la technique Jalaguier.

3^e opération, novembre 1910. — Retouche.

Pièces justificatives : dessin avant traitement, photographie de face après traitement. Cette dernière ne permet pas de se rendre compte s'il y a ou non aplatissement du nez. La lèvre est aplatie mais non bridée. La ligne cutanéomuqueuse remonte plus haut à droite qu'à gauche. Il y a une encoche médiane du bord inférieur de la muqueuse.

OBSERVATION IX

Marie M... deux ans.

Amenée en juin 1908. Elle a été opérée antérieurement par un chirurgien de Paris. Au cours de l'intervention à la suite d'un accident le tubercule médian a été arraché. Enorme fente. Il ne persiste du tubercule médian que le col de l'intermaxillaire et la sous-cloison cutanée, qui se trouvent appendus verticalement à la pointe du nez.

1^{re} opération, juin 1908 (M. Jalaguier). — Essai de fabrication d'un pont intermaxillaire au moyen de lambeaux muqueux et ostéopérioste détachés de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

2^e opération novembre 1908 (M. Jalaguier). — Réfection de la lèvre

suivant une technique analogue à celle de Bœckel : donc en refaisant une sous-cloison complète.

Pièces justificatives : moulages avant intervention, photographies après traitement.

Le nez n'est pas exagérément saillant par suite d'un aplatissement considérable de la pointe du nez.

Les ailes du nez sont très étalées. La lèvre est aplatie mais non bridée dans sa partie supérieure.

L'effet disgracieux vient d'un élargissement transversal des orifices nasaux et l'absence de saillie acumminée de la pointe du nez (nez en pomme de terre).

OBSERVATION X

Louise R..., née en 1890.

Opérée à l'âge de vingt mois par un chirurgien de Montpellier qui lui réséqua l'os intermaxillaire tout en gardant le tubercule médian cutané puis sutura les fentes labiales.

Opérée à dix ans par un autre chirurgien de Montpellier. Vient consulter en janvier 1910. Il persiste une encoche médiane, très prononcée, sur le bord inférieur de la muqueuse et des orifices nasaux très larges.

Opération, février 1910 (M. Jalaguier). — a) nez : après avivement sur le côté interne de la cloison on détache chaque narine qu'on rapproche et qu'on suture à la zone avivée.

b) lèvre : on fait deux incisions horizontales un peu en dehors de la ligne médiane et un peu au-dessus de la ligne cutané-muqueuse. Incision longue d'un centimètre et demi intéressant la lèvre dans toute son épaisseur. On sort le bistouri perpendiculairement à la direction de la muqueuse. On régularise le segment médian et on résèque de chaque côté un petit lambeau vertical de façon à réduire la largeur de cette partie médiane.

Pièces justificatives : photographies avant et après retouche. Le nez présente une saillie normale. Les ailes du nez ne sont plus étalées après la correction. La sous-cloison est rétractée. La lèvre reste moins saillante que normalement.

OBSERVATION XI

Marcelle Gil... 3 ans.

Opérée en province. L'os intermaxillaire a été refoulé mais il n'y a plus de tubercule cutané médian.

Large fente labiale séparant les deux lèvres latérales.

Les ailes du nez sont très étalées.

Opération, août 1911 M. Jalaguier). — Décollement large des deux lèvres externes. Réfection de la lèvre suivant la technique de Röckel.

Pièces justificatives : photographies avant et après opération.

Les ailes du nez sont étalées, la sous-cloison est rétractée.

La lèvre est non seulement très aplatie mais encore extrêmement bridée à sa partie supérieure. Aspect cicatriciel de la lèvre et du segment adjacent des joues.

OBSERVATION XII

Aimé V... un an. Opéré par M. Jalaguier.

1^{re} opération, juillet 1913. — Résection sous-périostée d'un coin du vomer.

Réduction et fixation de l'intermaxillaire au fil d'argent.

Décollement des deux lèvres latérales.

Avivement et suture de la partie supérieure des deux fentes.

2^e opération, mai 1914. — Réparation de la lèvre suivant la technique Jalaguier.

3^e opération, 1919. — Retouche pour corriger l'encoche médiane.

Pièces justificatives : nombreuses photographies prises aux diverses périodes du traitement.

Avant traitement : os intermaxillaire bien développé et peu saillant, tubercule cutané médian et sous-cloison bien développés.

Après traitement : très beau nez ce qui est rare avec un Blandin-Mirault. Lèvre non bridée, légèrement aplatie dans son segment inférieur. La muqueuse manque de hauteur.

Dans l'ensemble très beau résultat.

OBSERVATION XIII

Simone Gra... sept ans.

Opérée à trois mois par un chirurgien de Paris. Saillie considérable de la sous-cloison et du tubercule cutané. La partie inférieure de la lèvre

est très bridée ; vue de face elle disparaît complètement derrière la lèvre inférieure. Inclusion muqueuse autour du tubercule cutané médian. Ligne cutané-muqueuse très mauvaise : inclusion muqueuse sur la ligne médiane.

Opération, mars 1911 (M. Jalaguier). — Correction des défauts de la lèvre.

Pièces justificatives : photographies avant et après la retouche.

Résultat final : la ligne cutané-muqueuse est bien, mais la muqueuse manque d'épaisseur surtout à droite. Saillie du tubercule cutané médian et aplatissement du nez.

OBSERVATION XIV

Bastienne As..., née en février 1905.

Opérée par un chirurgien de Province.

Résection sous-périostée d'un coin du vomer.

Suture des deux fentes labiales.

Vient consulter en 1913. Le nez est très aplati, la sous-cloison très saillante, les ailes du nez très étalées.

La lèvre est aplatie, la ligne cutané-muqueuse est irrégulière, la muqueuse manque de hauteur et d'épaisseur.

Opération, novembre 1913 (M. Jalaguier). — Correction du nez : Débridement du sillon gingivo-lingual au thermo. Incision cutanée circonscrivant l'aile du nez de chaque côté : les deux extrémités internes de la courbe sont distantes l'une de l'autre d'un centimètre. Rétrécissement de l'orifice narinaire.

Pièces justificatives : photographie avant et après la retouche. Cette dernière a corrigé l'étalement du nez mais non son aplatissement.

OBSERVATION XV

Lucien Lef..., 18 mois. Opéré par M. Jalaguier.

1^{re} opération, mai 1914. — Résection sous-périostée d'un coin du vomer.

Refoulement et fixation au fil d'argent du tubercule médian.

Avivement et suture de la partie supérieure des deux fentes labiales.

2^e opération, juillet 1914. — Restauration de la lèvre par le procédé de M. Jalaguier.

Pièces justificatives : photographies avant et après traitement.

Avant le traitement : Os intermaxillaire bien développé mais peu

saillant. Il est rattaché à droite par une bride fibreuse au bord alvéolaire. Tubercule cutané bien développé, sous-cloison très nette.

Résultat final : de face : lèvre non bridée, mais d'aspect cicatriciel ; bonne ligne cutané-muqueuse, encoche médiane du bord inférieur.

de profil : lèvre aplatie, la muqueuse manque d'épaisseur. Bonne sous-cloison. Pointe du nez trop arrondie.

Dans son ensemble résultat excellent.

OBSERVATION XVI

Robert Chev... deux ans opéré par M. Veau.

1^{re} opération, juillet 1915. — Résection du pédicule de l'os intermaxillaire.

Refoulement et fixation au fil d'argent du tubercule médian.

Avivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales.

2^e opération, avril 1916. — Restauration de la lèvre par le procédé décrit.

Pièces justificatives : photographies avant et après traitement.

Avant traitement : os intermaxillaire bien développé faisant une saillie de 45 degrés environ.

Le tubercule cutané est, lui aussi, bien développé, la sous-cloison très nette.

Résultat final. Il est parfait : il suffit pour s'en rendre compte d'examiner les planches XII et XIII qui représentent ce résultat.

OBSERVATION XVII

Madeleine V... O..., un an. Opérée par M. Veau.

1^{re} opération, août 1915. — Résection sous-périostée du pédicule de l'os intermaxillaire.

Refoulement de l'intermaxillaire et fixation au fil d'argent.

Avivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales.

2^e opération, février 1916. — Restauration de la lèvre. C'est pour ce malade que M. Veau appliqua la première fois les principes de sa technique. Mais vu l'exubérance des lambeaux il en supprima une partie. Cette suppression a entraîné un léger aplatissement de la lèvre.

Pièces justificatives : photographies avant et après traitement.

Avant : tubercule appendu à la pointe du nez, fortement saillant en avant, tubercule cutané peu volumineux, pas de sous-cloison.

Après : ligne cutané-muqueuse régulièrement curviligne, encoche

médiane du bord inférieur de la muqueuse ; lèvre légèrement aplatie.

Le nez est légèrement étalé et aurait besoin d'être retouché.

On peut considérer ce cas comme un intermédiaire entre la technique de M. Jalaguier et celle de M. Veau.

OBSERVATION XVIII

Gabriel Bour..., deux ans. Opéré par M. Veau.

Cet enfant avait déjà subi une première intervention en 1914 : Résection cunéiforme du vomer et fixation au fil d'argent sans suture des fentes labiales. Le fil s'étant cassé ultérieurement la déformation s'était reproduite.

1^{re} opération, janvier 1915. — Résection sous-périostée du col de l'intermaxillaire.

Refoulement et fixation au fil d'argent.

Avivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales.

Dans les jours suivants, il s'est produit une désunion du côté gauche.

2^e opération, février 1916. — Réfection du côté gauche de la lèvre : La fente labiale gauche est fermée par le procédé qu'emploie actuellement M. Veau. Technique de Jalaguier avec conservation de la muqueuse qui est rabattue et suturée en arrière.

3^e opération, avril 1917. — Réfection du côté droit de la lèvre par le même procédé.

Pièces justificatives : photographies aux différentes périodes du traitement.

Résultat final : (Voir les planches IX et X).

de profil : nez excellent, lèvre bien saillante ;

de face : très belle lèvre. A signaler cependant que les côtés droit et gauche de la ligne cutanéomuqueuse ne sont pas exactement symétrique, que la muqueuse correspondant au tubercule médian manque de hauteur et d'épaisseur.

Ce sont les deux écueils du procédé employé

OBSERVATION XIX

Louis Tho... treize mois. Opéré par M. Veau.

1^{re} opération, septembre 1917. — Résection sous-périostée du pédicule de l'intermaxillaire.

Refoulement et fixation au fil d'argent.

Avivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales.

2^e opération, décembre 1917. — Restauration de la lèvre suivant la technique décrite

Pièces justificatives : photographies aux différentes périodes du traitement.

Avant : os intermaxillaire bien développé mais très saillant, tubercule cutané et sous-cloison bien développés.

Après : le nez fait une bonne saillie mais les orifices narinaux sont un peu larges. Lèvre bien saillante, manque cependant d'un peu d'étoffe sur la ligne médiane. Belle ligne cutanéomuqueuse, mais avec une courbure un peu exagérée.

La face postérieure de la lèvre supérieure présente une grosse saillie de la muqueuse : elle provient du segment du tubercule cutané médian qui a été rabattu en arrière.

Dans l'ensemble résultat très beau ; lèvre visible sur la planche XV.

OBSERVATION XX

Clément Pl..., deux ans. Opéré par M. Veau.

1^{re} opération, janvier 1917. — Résection sous-périostée du pédicule de l'intermaxillaire.

Refoulement et fixation au fil d'argent.

Avivement et suture de la partie supérieure des fentes labiales.

2^e opération, décembre 1917. — Restauration de la lèvre suivant la technique décrite.

Pièces justificatives : photographies à différentes périodes du traitement.

Avant : os intermaxillaire très saillant, dévié à gauche. Tubercule médian cutané atrophié, pas de sous-cloison. Narines très étalées.

Après la première intervention : la sous-cloison commence à se former, mais la pointe du nez est encore tiraillée. La suture de la fente labiale gauche a bien tenu, celle de droite a lâché partiellement.

Résultat définitif : Nez : orifices élargies, surtout à la partie externe où le dilateur de l'ailé du nez très actif mobilise la narine à chaque instant. La saillie du nez est normale mais la pointe est tiraillée. Belle sous-cloison.

Lèvres : de face : le tubercule médian est attiré à gauche. Bonne ligne cutanéomuqueuse. Lorsque le sujet siffle on voit qu'il y a une interruption de la continuité de l'orbiculaire au niveau de la cicatrice droite.

de profil. La portion cutanée de la lèvre est très bonne, elle n'est pas

aplatie. La portion muqueuse est exubérante en arrière. En la déplaçant on peut lui faire faire une saillie anormale en avant, » mais à l'état normal elle s'aplatit lorsqu'elle vient en contact de la lèvre inférieure.

Au toucher la portion muqueuse est flasque, les muscles n'en forment pas le squelette. Ils n'ont pas été suturés et se sont rétractés.

OBSERVATION XXI

Suzanne La..., onze ans.

Cet enfant a été opéré dans le jeune âge :

Il y a eu résection de l'os intermaxillaire et du tubercule cutané. On a gardé simplement la sous-cloison cutanée et un petit moignon d'intermaxillaire. La lèvre semble avoir été refaite par un simple avivement sur la ligne médiane.

Résultat : le nez est proéminent avec pointe arrondie mais non aplatie. Les ailes du nez sont légèrement étalées. La sous-cloison est normalement dirigée dans sa moitié antérieure où elle est recouverte de peau. Sa moitié postérieure manque complètement, il existe une perte de substance entre la lèvre et la sous-cloison.

La lèvre dans son ensemble est aplatie et bridée, son segment sous-nasal est subluxé en haut et en arrière. La ligne cutané-muqueuse est bonne : elle forme une courbe régulièrement curviligne et sans encoche.

OBSERVATION XXII

René Rig..., né en octobre 1913. Opéré par M. Morestin.

1^{re} opération, juin 1914. — Réduction de l'os intermaxillaire qui est maintenu en arrière par un leucoplaste. Pas de suture des fentes labiales.

2^e opération, juillet 1914. — Réparation de la lèvre. Le tubercule cutané médian a été employé exclusivement à refaire une sous-cloison. La lèvre a été refaite après rapprochement des deux lèvres latérales par simple suture après avivement.

Résultat : lèvre très aplatie. Ligne cutané-muqueuse mauvaise, la muqueuse fait une profonde encoche sur la ligne médiane.

Bord inférieur de la muqueuse très irrégulier. La sous-cloison cutanée est épaissie et forme un gros bourrelet saillant. (Voir planche XI)

OBSERVATION XXI

Aivina F..., né en juin 1902.

Opéré à l'âge de six mois à Abbeville : on a pratiqué l'ablation complète de l'intermaxillaire et du tubercule cutané médian en conservant seulement la sous-cloison. La lèvre a été refaite par une technique analogue à celle de Berger sans s'occuper de refaire une sous-cloison complète.

Résultat (planches III et IV).

Le nez est très proéminent mais non étalé (l'étalement des ailes du nez a été corrigé par la technique de Berger).

La sous-cloison est rétractée. Sa moitié antérieure seule est recouverte de peau. Sa moitié postérieure manque. A ce niveau il existe une perte de substance profonde d'un demi centimètre où l'on aperçoit le bord inférieur du vomer recouvert par une muqueuse lisse dont l'aspect contraste avec celui de la peau.

La réfection de la lèvre est bonne : la ligne cutané-muqueuse est en continuité parfaite. Mais la lèvre est bridée, plate, très en retrait.

OBSERVATION XXIV

Marie Mou..., née en 1907.

Opérée en février 1909 à l'âge de 18 mois par un chirurgien de Paris. Refoulement de l'os intermaxillaire. Restauration de la lèvre.

Le résultat définitif (voir planche VII) laisse à désirer pour trois raisons :

a) Le tubercule médian, reste pendu à la sous-cloison et constitue une masse *inerte* qui contraste avec la partie inférieure de la lèvre dans laquelle les muscles semblent très développés ;

b) Cette partie inférieure de la lèvre est bridée, fortement en retrait sur la saillie de la lèvre inférieure ;

c) la zone muqueuse présente une encoche médiane très marquée.

CONCLUSIONS

1° La résection du tubercule médian est à rejeter définitivement car l'intermaxillaire est indispensable pour la saillie de la lèvre et pour l'articulé dentaire.

2° La résection cunéiforme du vomer doit être abandonnée parce qu'elle entraîne toujours l'aplatissement du nez.

3° La résection de tout le pédicule de l'intermaxillaire chez les enfants âgés ou mieux la simple section du col de l'intermaxillaire chez les nourrissons permettront d'obtenir un beau nez.

4° La réfection de la lèvre doit reconstituer les trois éléments essentiels de la région : la peau, les muscles, la muqueuse :

a) la peau. C'est la partie facile, presque tous les procédés sont bons. L'aspect bridé de la lèvre ne tient pas au manque de peau ;

b) le muscle. C'est la partie capitale. Une lèvre ne sera bonne que si l'orbiculaire est reconstitué ; d'où la nécessité d'une suture minutieuse ;

c) la muqueuse. C'est la partie difficile. Une lèvre n'est bien que si elle a un bon rebord muqueux bien épais, bien étoffé, bien saillant. Le défaut de tous les classiques a été de réséquer cette muqueuse ce qui entraîne un aplatissement

de la lèvre et un manque du bourrelet muqueux des plus disgracieux.

La technique que nous proposons tend à remplir toutes ces conditions. Elle a pour principes essentiels :

1^o de garder toutes les muqueuses de la face postérieure de la lèvre.

2^o de placer au bord inférieur du tubercule médian le plus de tissu possible pour obtenir une muqueuse saillante et bien étoffée.

Vu : Le Président de la Thèse,

Pierre DELBET

Vu : Le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE

- AYASSE. — Thèse de Paris, 1896-97, n° 240.
- BERGER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1884, p. 888 ; 18 mars 1896 ; 1902, p. 448.
- BLANDIN. — *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1843, T. I, p. 33.
- BOUISSON. — Art. Bec-de-Lièvre, *Dictionnaire des Sciences Médicales*, 1868.
- BROCA (A.). — *Revue de Stomatologie*, 1895, n° 1. *Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus). Tome V. *Traité de Chirurgie Infantile*, 1914.
- DELAGENIERE. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1903, p. 717.
- DEMARQUAY. — Art. Bec-de-Lièvre, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1867, T. IV. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1868, p. 111.
- DENISE. — Thèse de Paris 1883-84 n° 311 (Méthode Lannelongue).
- DEPAGE. — Congrès de Chirurgie, 1905.
- ESTOR. — Congrès de Chirurgie, 1911.
- FORGUE. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1890, n° 11, p. 124.
- GOURDON. — Thèse de Bordeaux, 1896-97, n° 72.
- HOOR (D'). — Thèse de Lille, 1894-95.
- KIRMISSON, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1896, p. 243 ; 1897, p. 173. *La Clinique*, 1911, n° 5.
- LE COZ. — Thèse de Paris, 1908-09, n° 338.
- LE DENTU. — Congrès de Chirurgie, 1893. *Traité de Chirurgie* (Le Dentu et Delbert) T. XV.
- LE FORT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1880, T. VI, p. 9.
- MALGAIGNE. — *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1844, T. II. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 20 décembre 1843.
- MIRAULT, *Journal de Chirurgie de Malgaigne*, 1844, T. II, p. 257 ; 1845, T. III, p. 5. *Mémoire sur l'opération du bec-de-lièvre*. Angers 1845.
- OMBREDANNE. — *Revue d'orthopédie*, 1910, p. 143. *Technique chirurgicale infantile*, 1912. *Presse Médicale*, 1921, n° 71.
- PERL. — Thèse de Paris, juillet 1912.

- PHOCAS. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 août 1892.
PRINCEPIEAU. Société anatomique de Bordeaux, mai 1910.
REVERDIN. — Archives de province de Chirurgie, 1895, p. 543. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1904, p. 392.
ROCHER. — Société anatomique de Bordeaux, septembre 1912.
SAVARIAUD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1 et 15 février 1911 et 8 mai 1912.
TEXIER. — Thèse de Paris, 1904-05, n° 305.
TRÉLAL. — Clinique chirurgicale, T. I, p. 553.
VALCOURT (DE). — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1886, p. 620.
VERRIER. — Thèse de Paris, 1880, n° 86.

BIBLIOGRAPHIE ANGLAISE

- ABBE. — *Medic Record*, 1898, 2 avril.
BATES. — *The Lancet*, 1916, n° 3.
BLOKWAY. — *The practitioner*, 1914, n° 2.
FAWCETT. — *British Medec. Journal*, 1906, septembre.
GOLDING BIRD. — *Britisch med journal*, 25 octobre 1890.
GOYDER et CANTAB, *British med journal*, 2 septembre 1911.
NANCREDÉ. — *Medical Times and Register*, 10 août 1889.
NICOLL. — *Edimburg med. journal*, 5 novembre 1913.
OWEN (Edouard). — *Transactions of the medical Society*, 1890, vol. XIII
The Lancet, 20 août 1887. *Traité de chirurgie infantile*.

BIBLIOGRAPHIE AMERICAINE

- BROPHY, *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, janvier 1912.
DUNHAM. — Société de Chirurgie de New York, avril 1909.
FENDER. — *Journal of the American Association*, 1^{er} août 1891.
FERGUSON. — *Journal of the American Association*, 1908, n° 19.
HAWES. — *New York Medical Journal*, janvier 1912.
ROBERTS. — *New York Medical Journal*, décembre 1909.
THOMPSON. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, mai 1912. *Annals of Surgery*, octobre 1921.
TURCK. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, octobre 1913.

BIBLIOGRAPHIE SUISSE

- BEIN. — Thèse de Berne, 1890.
GIRARD. — Société médicale de Genève, 8 décembre 1910 et 9 nov. 1911.
MARTIN DU PAN. — Société Suisse de pédiatrie, 30 juin 1912.

BIBLIOGRAPHIE ALLEMANDE

- BARDELEBEN, Deuts. Klinck, 1869, p. 21, 30, 38.
- BERENDSEN. — La méthode d'Esmarch pour le traitement du bec-de-lièvre (Kiel 1883).
- VON BERGMANN. — Berl. Klin. Wochensch, 1888, p. 999.
- DBENKAHN. — Munchener Medez. Woch, 1911, n° 9.
- GERHARDT. — Handbuch der Kunderkrankleiben, Bd VI, p. 118.
- HAGEDORN. — Zentral. fur chirurg., 1884, n° 45 ; 1885, n° 40.
- HAGEMANN. — Zentral fur chirurg., 1914, n° 21.
- HOFFELDER, Zentral fur chirurg., 1914, n° 27.
- KONIG. — Leçons de chirurgie, 1885, p. 318 ; 1898, p. 344.
- KOLLIKER. — Zentral fur chirurg., 1890, n° 10.
- KUSTER. — Zentral. fur chirurg., 1905, n° 27.
- KREDEL. — Zentral. fur chirurg., 1911, n° 30. Deutsch. Med. Woch. 1913, 30 janvier.
- LORENZ. — Deutsch Zeits. fur Klinisch Chirurg., Bd. 87, S. 410.
- MATTI. — Zentral. fur chirurg., 1917, n° 38, n° 49.
- NEUBER. — Zentral fur chirurg., 1899, p. 1303.
- NEUMANN. — Deutsch Med. Woch., 26 décembre 1912, 20 mars 1913.
- ORLOWSKI. — Ann. derrom chirurg., 1897, heft 5.
- REICH. — Zentral. fur chirurg., 1911, n° 30.
- RIEDEL. — Munchen med. Woch., 1911, n° 1.
- SAMTER. — Zentral fur chirurg., 1897, p. 249. Congrès de chirurgie allemande, 1897.
- VOGEL. — Zentral. fur chirurg., 1911, n° 14.
- J. WOLFF. — Berliner Klin Woch, 1886, n° 35 et 36 ; 1891, p. 402
Deutsch Med. Woch, 1891. Hasenscharte, 1896.

Table des Matières

Introduction.....	1
Les interventions sur l'os intermaxillaire	5
Extirpation complète	6
Refoulement	11
La restauration de la lèvre.....	25
1 ^{er} groupe de procédés	25
2 ^e groupe de procédés	29
Critique des procédés classiques... ..	40
3 ^e groupe de procédés	44
Technique opératoire	52
Première intervention : Refoulement de l'intermaxillaire ..	54
Deuxième intervention : Réfection de la lèvre	62
Accidents post-opératoires	69
Traitement ultérieur.....	71
Corrections des imperfections	73
Imperfections du nez	73
Imperfections de la lèvre	76
Observations	78
Conclusions	90
Bibliographie	92

